

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1896

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

486

*Présentée et soutenue le mardi 21 Juillet 1896, à 9 heures*

Par ALPHONSE CHASSY

Né à Charlieu (Loire), le 11 avril 1869  
Ancien externe des Hôpitaux de Lyon. — Ex-interne suppl<sup>t</sup> des Hôpitaux de Lyon.  
Lauréat de la Faculté de Médecine de Lyon (Concours de 4<sup>e</sup> année)  
Interne des Hôpitaux de Marseille.

DE L'ANGINE VARIOLIQUE

SA VALEUR DANS LE DIAGNOSTIC ET LE PRONOSTIC

Conclusions basées sur 819 observations personnelles

Président. M. LANDOUZY, professeur.

Juges..... { MM. POUCHET, professeur.  
CHANTEMESSE, agrégé.  
THOINOT, agrégé.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES  
HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1896







Faculté de Médecine de Paris

486

ANNÉE 1896

THÈSE

N°

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mardi 21 Juillet 1896, à 9 heures*

Par ALPHONSE CHASSY

Né à Charlieu (Loire), le 11 avril 1869

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon. — Ex-interne suppl<sup>t</sup> des Hôpitaux de Lyon.

Lauréat de la Faculté de Médecine de Lyon (Concours de 4<sup>e</sup> année)

Interne des Hôpitaux de Marseille.

## DE L'ANGINE VARIOLIQUE

SA VALEUR DANS LE DIAGNOSTIC ET LE PRONOSTIC

Conclusions basées sur 819 observations personnelles

Président. M. LANDOUZY, professeur.

Juges..... { MM. POUCHET, professeur.  
CHANTEMESSE, agrégé.  
THOINOT, agrégé.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES  
HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1896



## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                    |                |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen</b> .....                                                 | M. BROUARDEL.  |
| <b>Professeurs</b> .....                                           | <b>MM.</b>     |
| Anatomie.....                                                      | FARABEUF.      |
| Physiologie.....                                                   | CH. RICHET.    |
| Physique médicale.....                                             | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           | A. GAUTIER.    |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | N.....         |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.....                                           | DIEULAFOY.     |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | DEBOVE.        |
| Anatomie pathologique.....                                         | LANNELONGUE.   |
| Histologie.....                                                    | CORNIL.        |
| Opérations et appareils.....                                       | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie.....                                                 | TERRIER.       |
| Thérapeutique et matière médicale.....                             | G. POUCHET.    |
| Hygiène.....                                                       | LANDOUZY.      |
| Médecine légale.....                                               | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | BROUARDEL.     |
| Pathologie comparée et expérimentale.....                          | LABOULBENE.    |
|                                                                    | STRAUS.        |
| Clinique médicale.....                                             | { G. SEE.      |
|                                                                    | { POTAIN.      |
|                                                                    | { JACCOUD.     |
|                                                                    | { HAYEM.       |
| Clinique des maladies des enfants.....                             | GRANCHER.      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | JOFFROY.       |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                      | RAYMOND.       |
|                                                                    | { DUPLAY.      |
| Clinique chirurgicale.....                                         | { LE DENTU.    |
|                                                                    | { TILLAUX.     |
|                                                                    | { BERGER.      |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     | GUYON.         |
| Clinique ophthalmologique.....                                     | PANAS.         |
| Cliniques d'accouchements.....                                     | { TARNIER.     |
|                                                                    | { PINARD.      |

*Professeur honoraire : M. PAJOT.*

### Agrégés en exercice.

| MM.          | MM.                    | MM.                 | MM.      |
|--------------|------------------------|---------------------|----------|
| ACHARD.      | GAUCHER.               | MENETRIER.          | THOINOT. |
| ALBARRAN.    | GILBERT.               | NELATON.            | TUFFIER. |
| ANDRE.       | GILLES de la TOURETTE. | NETTER.             | VARNIER. |
| BAR.         | GLEYS.                 | POIRIER, chef des   | WALTHER. |
| BONNAIRE.    | HARTMANN.              | travaux anatomiques | WEISS.   |
| BROCA.       | HEIM.                  | RETTERRER.          | WIDAL.   |
| CHANTEMESSE. | LEJARS.                | RICARD.             | WURTZ.   |
| CHARRIN.     | LETULLEE.              | ROGER.              |          |
| CHASSEVANT.  | MARFAN.                | SEBILLEAU.          |          |
| DEL BET.     | MARIE.                 | THIERRY.            |          |

*Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.*

Par délibération en date du 6 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES TRÈS CHERS PARENTS

DU MÊME AUTEUR

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY

A MONSIEUR LE DOCTEUR COSTE (Marseille)

A MES PROFESSEURS ET A MES MAÎTRES

A MES AMIS



Nous étant trouvé à Marseille dans d'excellentes conditions d'observation, lors de deux fortes épidémies de variole (épidémie dite de Mazargues [hiver 1894-1895] — épidémie de Marseille [octobre 1895, — mai 1896]), nous avons pu, à l'hôpital de la Conception, sous la direction de notre maître, M. le Dr Coste, suivre, pendant 18 mois, plus de 800 malades.

Dès le début de notre internat, notre attention fut attirée sur les manifestations bucco-pharyngées de la variole, et pendant tout notre séjour, chaque malade fut examiné soigneusement, matin et soir, dans les différentes phases de la maladie.

Ce sont les résultats de ces recherches, ce sont les conclusions de ces 819 observations personnelles que nous avons condensées dans ce travail, plutôt en termes de conclusions qu'en descriptions théoriques ou pathogéniques. Ce sont des choses vues et notées par nous-même.

Malgré l'extrême abondance des indications bibliographiques sur le *small-pox*, la littérature médicale est des plus discrètes sur cette angine ; nous avons dû compulser nombre de volumes pour y trouver quelques détails isolés.

Nous avons coordonné dans différents chapitres les idées principales de cette étude sur l'angine variolique en adoptant l'ordre suivant :

- I. — Définition et historique.
- II. — Recherches bactériologiques sur l'angine variolique.
- III. — Anatomie pathologique.



IV. — Symptomatologie (cas typique et variations suivant la forme de la variole).

V. — Complications.

VI. — Avantages de la recherche de l'angine.

VII. — Diagnostic (de l'angine variolique et de la variole par l'angine.

VIII. — Pronostic de l'angine variolique.

IX. — Traitement.

X. — Observations.

L'idée première de ce travail revient à notre excellent maître dans les hôpitaux de Marseille, M. le Dr Coste. Son nom, bien connu dans les archives de la variole, sera une garantie sur les différents faits avancés ici, et observés ensemble durant les trois semestres où nous eûmes l'honneur d'être son interne. Merci à ce cher et vénéré maître de la bienveillance avec laquelle il nous a reçu dans son service, de la sympathie qu'il nous a toujours manifestée, enfin de la complaisance avec laquelle il a ouvert pour nous son trésor d'observations personnelles. Ce sont là des titres à notre gratitude que nous ne saurions oublier.

En nous faisant l'honneur d'agréer la présidence de notre thèse devant la Faculté de Paris, M. le professeur *Landouzy*, médecin à l'hôpital Laënnec, nous a créé une dette de reconnaissance que nous acceptons bien volontiers.

Que M. le professeur *Brouardel*, doyen de la Faculté de médecine, M. le professeur *Pouchet*, M. le Dr *Béclère*, médecin à l'hôpital Debrousse, veuillent accepter ici l'hommage de nos respectueux remerciements pour l'aménité



et l'obligeance avec lesquelles ils se sont mis à notre disposition lors de notre arrivée à Paris.

Mais d'autres encore ont droit à nos hommages : nous nous faisons un devoir de les présenter aux savants professeurs et maîtres dévoués de l'École Lyonnaise qui nous ont initié aux premières notions médicales. Merci aussi à ceux qui nous ont fait ensuite profiter de leur savoir et de leur expérience clinique, pendant notre externat ou notre internat, et tout particulièrement MM. les professeurs *Poncet* et *M. Pollosson* ; MM. *Gangolphe*, *Rochet*, *A. Pollosson*, *Vallas*, *Jaboulay*, *Nové-Josserand*, chirurgiens des hôpitaux de Lyon. — Nous ne saurions oublier nos excellents maîtres en médecine : M. le Dr *Clément*, M. le professeur agrégé *Roque*, MM. les Drs *Lannois*, *Weill*, *Devie*, *Lyonnet*, médecins des hôpitaux.

A Marseille, nous adressons nos respectueux remerciements à M. le professeur *Queyrel*, M. le Dr *L. d'Astros*, chef du service antidiphthérique des Bouches-du-Rhône ; M. le Dr *Louge*, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr *Schnell*, M. le Dr *Alezais*, M. le Dr *Boinet*, M. le Dr *Arnaud*, M. le Dr *Boy-Teissier*, médecins des hôpitaux.

A nos anciens camarades de collège, MM. *Auclais* et *Page*, internes des hôpitaux de Paris, nos amicales salutations. A notre autre camarade, M. *Philippe*, que nous avons retrouvé interne à Paris, après avoir été son élève à Lyon pendant son internat, nos remerciements les plus sincères.

Nous comptons encore de nombreux amis dans les internats en médecine de Lyon et de Marseille : nous adres-



sons ici à chacun d'eux nos plus vives amitiés, emportant de notre séjour dans leur intimité, le plus agréable souvenir.



## CHAPITRE PREMIER

### DÉFINITION ET HISTORIQUE

La définition actuelle du mot angine a notablement dévié du sens étymologique primitif (ἄγχω, j'étrangle).

Au lieu d'englober sous cette dénomination tous les états pathologiques douloureux ayant pour siège les parties supérieures des voies digestive et respiratoire, quelles que soient la localisation et la nature des lésions, — on définit actuellement les angines : *toutes déterminations morbides, gutturales, pharyngées, dans lesquelles intervient l'inflammation à quelque époque, sous quelque forme et à quelque titre que ce soit* (<sup>1</sup>).

Dans la définition actuelle, l'élément *phlegmasique* prime la douleur et la gêne de déglutition.

Nous définirons donc l'angine variolique (*angine varicelleuse de Lasèque*), l'ensemble des manifestations bucco-pharyngées dues à la variole.

Ce n'est donc point seulement l'inflammation consécutive à l'éruption interne, mais bien l'ensemble des phénomènes bucco-pharyngés.

Comme nous l'avons dit dans notre avant-propos, l'historique de l'angine variolique n'est pas très docu-

1. L. Desnos, art. Angine. *Dict. Jaccoud*.



menté. Nous avons dû compulser bien des ouvrages pour condenser des éléments épars sur cette question.

C'est ainsi que dans sa « Lettre à Guillaume Cole » en date du 20 janvier 1681, *Thomas Sydenham*, écrivant sur la *petite vérole confluente*, n'insiste que sur « l'épaississement de la pituite et la difficulté d'expectoration au 11<sup>e</sup> jour ».

Peu de choses également sur ce sujet dans son *Traité de Médecine pratique* et dans les comptes-rendus des nombreuses épidémies qu'il eut occasion d'observer vers le milieu du XVII<sup>e</sup> siècle.

*Morton*, le premier en 1737, signale l'éruption des muqueuses, et fixe à trois jours la durée de la période d'invasion dans la variole.

*Fothergill*, dans son mémoire classique (*Account of the putrid sore-throat*) et *Huxham* in *A dissertation on the ulcerous sore-throat*, décrivent l'angine scarlatineuse et en tracent les différences caractéristiques avec la variole, celle-ci dépourvue de localisation splanchnique, ne donnant d'éruption à la gorge qu'après l'efflorescence des pustules cutanées.

*Huxam*, dans son Essai sur la petite vérole, tant la question du vésicatoire l'obsède, croit « un petit nombre de pustules dans la gorge et dans les narines d'une bien plus dangereuse conséquence qu'un nombre plus considérable qui se jetterait sur l'habitude du corps ».

En 1838, *A. Petzholdt* de Leipzig, à la suite de ses « Recherches sur les pustules varioliques, considérées principalement dans les organes intérieurs » annonce dans *the British and foreign medical Review*, que quelque fois au commencement de la variole, on aperçoit de



petites vésicules à la partie interne des lèvres et des joues ». — Mais pour le pharynx et l'arrière-gorge (13<sup>e</sup> conclusion), *il n'y a jamais de boutons, les glandes de ces parties sont plus grosses, et leurs orifices sont agrandis.*

*Desnos* (in art. Angine, *Dict. Jaccoud*), faisant prédominer la phlegmasie dans la question d'angine, ne donne qu'un rang secondaire aux manifestations vario-  
liques sur la muqueuse bucco-pharyngée. — Elle n'est que la conséquence du développement de l'éruption interne. — Cet auteur décrit aussi les *disques pseudo-membraneux de la muqueuse* dans la variole.

*Michel Peter* en 1866 (<sup>1</sup>), dans son article sur l'angine de la variole en fait « la moins importante des angines propres aux fièvres éruptives. C'est une angine pustuleuse, résultant de la propagation à la membrane muqueuse de la gorge de l'éruption qui couvre le tégument externe.

*Lasèque* est le premier en 1866, dans son *Traité des angines*, à reconnaître que l'arrière-gorge n'est pas assez observée dans les manifestations cutanées.

« Mon opinion, dit-il, je dirai plus ma conviction que j'ai cherché à appuyer sur les faits est que la dermatologie doit étendre jusqu'à l'arrière-gorge la sphère de ses investigations ».

Il crée un chapitre spécial pour son « Angine varioleuse. Non seulement les pustules varioleuses peuvent se développer sur les membranes muqueuses de l'arrière-gorge, mais il est rare que celle-ci soient soustraites à l'éruption ».

1. *Dict. Dechambre.*



Il avoue encore « qu'il sera souvent difficile à l'observateur le plus attentif de distinguer une pustule varicelleuse de la gorge de tout autre produit éruptif, autrement que par son siège ».

Aussi la valeur de la coïncidence des deux éruptions (cutanée et muqueuse) échappe encore à ce savant observateur.

A. Grisolles <sup>(1)</sup> en 1869, parlant de la variole, dit aussi : « Pendant qu'une éruption naît sur la peau, un travail analogue se fait simultanément sur quelques membranes muqueuses, à la vulve, sur le prépuce, sur la muqueuse oculaire, mais surtout à la voûte palatine, sur le voile du palais, sur ses piliers, et dans le pharynx ».

Malgré l'observation de la simultanéité d'apparition il se garde bien cependant d'en tirer un élément de diagnostic.

Moritz Kaposi, dans son traité des maladies de la peau <sup>(2)</sup> devient plus précis : « Souvent sur la muqueuse du palais et du pharynx, au 3<sup>me</sup> jour, on voit dans les endroits mêmes où il se produira plus tard des efflorescences, parsemées sur la muqueuse de la cavité buccale, des papules déjà rouges et soulevées ».

Trousseau <sup>(3)</sup> est encore plus observateur et parle de cas où l'éruption variolique reste bornée à quelques pustules sur le pharynx et sur le voile.

En février 1882 <sup>(4)</sup>, M. F. Raymond, dans une clinique

1. *Traité de Pathol. Int. Des Fièvres éruptives. Variole.*

2. Traduction de Besnier et Dagon, 1881, p. 310.

3. *Clin. Méd. de l'H.-D. de Paris.* Edition 1882.

4. *Progress Medical*, 11 février 1882.



sur un cas de variole hémorrhagique, signalé au 3<sup>me</sup> jour des prodromes, « des taches pointillées à l'arrière-gorge, plus foncées, et peut-être, autant qu'on pouvait juger légèrement saillantes. »

Comme on le voit par ces différents extraits, les auteurs reconnaissent et précisent les manifestations bucco-pharyngées dans la variole, mais aucun ne cherche à faire bénéficier le diagnostic de la coexistence constante des deux éruptions.

Notre maître *M. le docteur Coste* est, croyons-nous, le premier qui ait insisté sur cet élément important dans le diagnostic de la variole (<sup>1</sup>). Pour le diagnostic différentiel « *il existe un moyen de trancher les difficultés, moyen bien facile que je suis étonné de ne pas trouver dans les classiques et qui consiste seulement à examiner toujours, et surtout dans les cas douteux, la gorge des malades.* »

Les articles récents de nos grands traités de médecine, signés *L. Guinot* de Paris, et *Auché* de Bordeaux, tout en donnant de main de maîtres, tous les détails sur l'éruption muqueuses dans la variole, n'insistent pas sur les éléments de diagnostic qu'on en peut retirer.

Cette particularité, après *M. Coste*, n'a pourtant pas échappé aux auteurs anglais. In the *Lancet* de juillet 1895 (<sup>2</sup>), *M. Richards* de Birmingham, dans le diagnostic différentiel de la variole avec les différents érythèmes, laisse comprendre toute l'importance qu'il attache à l'état de la

1. *M. Coste*. Quelques considérations sur le diagn., le pron. et le trait. de la variole. *Marseille Méd.*, janv. 1889.

2. *Diagnosis of small-pox. Lancet*, 20 juillet 1895.



gorge, par les éléments papuleux qui s'y montrent rapidement dans le small-pox.

Cependant, même ce dernier auteur n'insiste pas assez, croyons-nous, sur cet élément de diagnostic et nous avons jugé utile d'en reprendre et d'en continuer l'étude : les manifestations bucco-pharyngées dans la variole existant toujours en même temps que l'éruption cutanée.



## CHAPITRE II

### RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES

L'éternelle question du microorganisme variolique n'a pas encore été résolue d'une façon suffisante, bien que les recherches consciencieuses se soient multipliées.

Après Coze et Feltz (1866) <sup>(1)</sup>, décrivant l'agent pathogène de la variole, se sont succédés Weigert, Cohn, Klebs, Cornil et Babès, Quist, Voigt, Bareggi, Guttman, Marotta et de Renzi, Tenholt, Garré, Hlava, Pfeiffer, Van der Loeff, Protopopoff.

La conclusion de toutes ces études fut que le micro-organisme était encore peu connu, et que de nouvelles recherches étaient nécessaires pour relever les connaissances étiologiques de la variole à la hauteur de celles de la diphtérie, du tétanos, de la tuberculose.

En compulsant cette longue liste de communications ou examens bactériologiques, nous nous sommes étonné de ne pouvoir trouver plus d'éléments, ni plus de recherches sur les manifestations bucco-pharyngées. Puisque l'infection est reconnue agir sur la peau et sur les muqueuses, *pourquoi ne consulterait-on pas cette arrière-gorge*

(1) Coze et Feltz, *Recherches expérimentales sur la présence des infusoires et l'état du sang dans les maladies infectieuses*, Strasbourg, 1866.



qui, comme nous l'établissons dans la suite, a les prémisses de l'éruption, assiste à son début et la précède toujours dans sa marche ?

Klebs (<sup>1</sup>), le premier, a fait l'examen du mucus pharyngé et buccal. Il a considéré comme spécifique son *tétracoccus variolæ* qu'il avait isolé des pustules de variole, du mucus pharyngé et buccal, et de la lymphé vaccinale. Mais Bordon-Uffreduzzi vint bientôt disqualifier cette spécificité : il avait retrouvé cet organisme sur la peau des sujets sains.

Peu d'auteurs ont repris ces recherches sur la gorge, même dans les temps actuels de sérothérapie et de diagnostics bactériologiques. Nous avons pensé que c'était peut-être une lacune et sur du sérum gélatinisé, comme pour un examen de diphtérie, nous avons fait de nombreux ensemencements.

Nous ne prétendons pas avoir un nouveau microbe à décrire, pas même une variété bien spéciale ; comme pour les chercheurs jusqu'ici de nombreux microorganismes ont poussé dans nos tubes.

Avec l'aide de notre ami le Dr Engelhardt, chef du laboratoire anti-diphtérique de M. le Dr d'Astros, nous avons commencé une série d'examens. M. Raybaud, préparateur de M. Rietsch, professeur de bactériologie, est venu dans une seconde série contrôler nos premiers résultats avec ensemencements successifs et cultures en bouillon (<sup>2</sup>). La plupart de nos examens ne sont pas com-

1. Klebs, Der micrococcus der Variola und Vaccine, *Arch. f. experim. Path. u. Pharmacol.*, Leipsik, 1879.

2. Nous tenons à remercier ici nos deux précieux collaborateurs de l'amabilité avec laquelle ils se sont mis pendant si longtemps à



plètement terminés, mais nous comptons dans la suite en publier l'analyse détaillée. Pour le moment nous donnons ci-dessous le compte-rendu de nos huit derniers examens (quatre de chacun de nos collaborateurs). Chaque examen a été fait aussitôt à l'arrivée du varioleux, avant que toute irrigation ou toute promiscuité ait pu modifier l'état de sa muqueuse bucco-pharyngée. Nous avons fait suivre chaque compte-rendu du mode de terminaison de l'affection. Nous n'avons inscrit également que les particularités saillantes de l'examen bactériologique.

OBSERVATION 620 <sup>(1)</sup>.

Ste-Eugénie, 29. — Italien, 18 ans, non vacciné. — Entré au 7<sup>e</sup> jour (depuis le début des prodromes).

23 fév. 1896. Ensemencement de *mucosité pharyngienne* sur *sérum gélatinisé*. — 48 h. à l'étuve à 37°.

1<sup>er</sup> examen. 25 février : Staphylocoques.

Cocci-bacilles.

2<sup>e</sup> examen. 1<sup>er</sup> mars : Sérum liquéfié, odeur fétide, colonies roussâtres.

Cocci-bacilles à zone transversale peu colorée.

Bacilles courts (B. coli ?)

Terminaison : *Variole confluente*. Guérison, sorti fin juin.

notre disposition dans la série souvent fastidieuse des examens. M. Bartoli, interne des hôpitaux de Marseille, qui, par amitié, s'est associé à nos recherches, nous permettra aussi de lui exprimer nos remerciements.

1. Hôpital de la Conception, Marseille, 1896. Le chiffre 620 est le numéro du registre du service.

OBSERVATION 617.

Ste-Adelaide, 29. — Français, 20 ans. — Vacciné. —  
5<sup>e</sup> jour (depuis le début de la variole).

23 février 1896. Ensemencement de mucosités du pharynx  
sur sérum gélatinisé.

1<sup>er</sup> examen après séjour de 36 h. à l'étuve à 37°.

Cocci divers et nombreux.

Staphylocoques.

Quelques petits bacilles (?)

Chaînettes de streptocoque.

2<sup>e</sup> examen fin février : mêmes résultats.

Terminaison : *Variole hémorrhagique primitive*. Décès le  
26 février.

OBSERVATION 623.

Ste-Emilie, 21. — Italien, 30 ans. — Vacciné avec succès à  
6 mois. — *Variole à 4 ans*. — 3 jours 1/2 (depuis le début des  
prodromes varioliques).

23 février 1896. Ensemencement sur sérum solidifié des  
mucosités du pharynx.

Examen 36 h. après :

Petit coccus ressemblant au coccus de Brisou.

*Streptocoques nombreux*.

Terminaison : *Variole hémorrhagique secondaire*. Décès le  
7 mars.



OBSERVATION 626 bis.

Ste-Adelaide, 19. — Italien, 29 ans. Vacciné. Entré au 5<sup>e</sup> jour de maladie.

23 février 1896. Ensemencement de mucosité pharyngienne sur sérum gélatinisé.

Examen 36 h. après : gros cocci.

Staphylocoques.

Petits bacilles ?

Terminaison : *Variole discrète*. — Guérison. — Sorti le 11 mars.

OBSERVATION 714.

Ste-Marguerite, 26. — Italien, 35 ans. Vacciné. Au 4<sup>e</sup> jour de maladie.

6 juin 1896. Ensemencement sur sérum gélatinisé.

7 juin. Examen microscopique après 24 h. de séjour à l'étuve à 37° : Gros cocci.

Staphylocoques.

*Streptocoques*.

Bacilles (?)

Filaments (*Leptothrix buccalis* ?).

8 juin. La culture s'est encore développée depuis la veille : enduit blanc opaque, assez épais et crémeux avec quelques points saillants plus foncés. A l'examen microscopique, mêmes éléments que la veille, plus quelques chaînettes de bacilles.

Plusieurs isolements ont été faits (la suite de l'analyse sera publiée plus tard).

Terminaison : *Variole hémorrhagique secondaire*. — Décès le 41 juin.

OBSERVATION 716.

Ste-Marguerite, 4. — Italien, 60 ans. *Vacciné et revacciné deux fois avec succès.* — Entré au 6<sup>e</sup> jour de maladie.

19 juin 1896. Ensemencement sur sérum solidifié.

20 juin. Examen *après 20 h. à l'étuve à 37°* : quantité considérable de staphylocoques ; quelques gros cocci ; quelques tétracoques.

Terminaison : *Variole très discrète.* — *Guérison.* — Sorti fin juin.

OBSERVATION 717.

Ste-Marguerite, 3. — Italien, 30 ans. Non vacciné. — 4<sup>e</sup> jour de maladie.

19 juin 1896. Ensemencement sur sérum.

20 juin (après 20 h. à 37°) : Staphylocoques.

*Streptocoques.*

Bacilles en chaînettes avec gaine faiblement colorée.

Le tube a été brisé accidentellement avant qu'on ait pu pratiquer les isollements.

Terminaison : *Variole confluente.* — Décès le 26 juin.

OBSERVATION 718.

Ste-Marguerite, 7. — Français, 36 ans. — Non vacciné. — Entré au 6<sup>e</sup> jour de maladie.



25 juin 1896. Ensemencement sur sérum gélatinisé.

26 juin. L'examen microscopique révèle après 20 heures de séjour à l'étuve à 37° : Grosses cellules dans de larges gaines festonnées.

Quelques microcoques groupés en tétrades.

Quelques chaînettes de streptocoque.

Terminaison : *Variole hémorrhagique secondaire*. — Décès le 29 juin.

Certes, de ces observations bactériologiques, prises au hasard parmi nos examens, nous ne voulons pas conclure plus qu'elles ne donnent. Les détails microscopiques y sont en effet assez variables ; mais ce sur quoi nous désirerions insister, c'est la présence du *streptocoque pyogène* observé par nous au début de l'angine sur la muqueuse bucco-pharyngée, et seulement dans les cas de terminaison fâcheuse.

Le streptocoque pyogène a été plus rarement isolé dans la variole que les autres organismes. Hlava et Garré le trouvèrent dans le sang et les viscères, Protopopoff dans les testicules de six varioleux. En 1892 M. Auché (de Bordeaux) (1) le signala dans le sang et les viscères d'enfants mort-nés, mis au monde par des varioleuses.

MM. Vidal et Bezançon, dans leur récente communication à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, après examen de nombreuses angines des maladies contagieuses, concluent que le streptocoque se retrouve toujours, à la surface ou dans la profondeur de l'amygdale saine ou ma-

1. Soc. de biologie, 4 décembre 1892.

lade ; ils insistent sur la nécessité d'une révision des angines dites à streptocoques (<sup>1</sup>).

Pour eux, comme pour M. Lemoine, toutes les angines aiguës sont à streptocoques. La bactérie peut seulement tenir un rôle principal dans l'étiologie, elle n'agit que dans la question de virulence, par les associations microbiennes, comme dans la diphtérie (MM. Grancher et Barbier).

Que le streptocoque soit l'hôte obligé de la cavité buccale, que cet agent pathogène y séjourne à l'état latent jusqu'au moment de l'opportunité morbide, il est certain que sa présence n'a été constatée dans la variole que dans les formes les plus graves.

M. Le Dantec (de Bordeaux) (<sup>2</sup>) dans sa note à la Société médicale des hôpitaux de Paris, sur l'action probable de cet organisme dans l'infection variolique conclut : « 4°) la variole, quelque légère qu'elle soit, sera toujours très grave si elle évolue sur un terrain infecté par le streptocoque ; 5°). Comme traitement, il faut prévenir l'invasion de l'organisme par le streptocoque. »

A la suite de nos expériences personnelles, il serait possible de diagnostiquer ces terrains infectés par le streptocoque. L'examen des mucosités de l'arrière-gorge, dès l'apparition de l'angine variolique, nous a toujours donné, et seulement dans les cas graves mortels le streptocoque pyogène. Il serait donc possible de prévoir la gravité probable d'une variole en évolution, par un ensemencement au début.

1. Soc. méd. des hôpitaux de Paris, mars 1896.

2. 16 juin 1890.



## CHAPITRE III

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Anatomiquement la variole est caractérisée par sa pustule qui a la peau pour siège de prédilection, mais peut aussi se développer sur les muqueuses. Tel est l'avis de quelques auteurs avec M. de Grand-Maison (1).

Comme on pourra le voir dans la suite, telles ne sont pas nos conclusions. La *variole évolue d'une façon constante sur la muqueuse bucco-pharyngée*, même dans les formes excessivement discrètes, dans les cas de Trousseau et dans les formes frustes de Coste. Les manifestations varioliques existent à la gorge, souvent plus accentuées que les éruptions cutanées, annonçant et contrôlant la poussée varioleuse, la devançant toujours dans sa marche, donnant le pronostic de la maladie et finissant soit avec le malade, soit par la guérison, mais toujours avant la disparition des phénomènes cutanés.

Le *siège de prédilection de la lésion variolique* n'est donc pas la peau, mais le *tissu profond de l'épiderme ou de l'épithélium* muqueux, le derme ou le chorion étant toujours respecté.

1. De Grand-Maison : *La Variole*, Paris. Malgré quelques nuances d'opinion différentes des nôtres, nous avons tiré grand profit de la lecture de cet ouvrage et nous y avons puisé largement.

Cependant avec Balzer et Dubreuilh <sup>(1)</sup> on peut dire que la *pustule variolique* s'observe principalement sur les points cutanés ou muqueux habituellement en contact avec l'air, nouvel exemple de la solidarité des muqueuses des premières voies avec la peau <sup>(2)</sup>. Sur la surface cutanée, les régions les plus cachées d'ordinaire sont les moins atteintes. Pour les muqueuses, les régions occupées par le pharynx, la langue, les amygdales, le voile du palais sont les plus touchées. Dans l'appareil respiratoire la variole peut apparaître sur le larynx, la trachée, les grosses bronches, mais au-delà des divisions bronchiques du troisième ordre, la variole ne se manifeste plus que par une inflammation catarrhale très intense qu'il est facile de suivre jusqu'à l'intérieur des lobules pulmonaires.

La plupart des auteurs actuels, de l'étude anatomo-pathologique de l'éruption cutanée, déduisent que la *pustule évolue plus facilement sur la peau*. C'est là encore évidemment une légère erreur ; l'évolution est aussi facile sur les muqueuse et ce n'est, comme le dit Kaposi, que l'étude microscopique qui manque.

La muqueuse bucco-pharyngée, prenant part à la même éruption que la peau, il est utile d'en bien rappeler la structure pour comprendre cette similitude pathologique.

Dans toute son étendue, comme toute muqueuse, elle présente un épithélium, correspondant à l'épiderme cutanée, et un chorion, correspondant au derme. C'est sur-

1. Dictionnaire Jaccoud.

2. Lasègue, *Loc. cit.*



tout dans la disposition des couches cellulaires épithéliales que l'histologie la différencie de la peau.

Dans la cavité buccale :  
Aux lèvres, la muqueuse a deux zones, l'antérieure, à épithélium pavimenteux stratifié, à cellules superficielles aplaties, serrées les unes contre les autres, sans noyaux ; — la postérieure à couches superficielles de cellules aplaties mais à noyaux ; la couche cornée épidermique que l'on retrouve à la zone antérieure a complètement disparu ; de nombreuses glandules salivaires saillent de cette partie postérieure (1).

A la joue, la muqueuse a les mêmes caractères ; cependant elle est plus lisse et plus unie, repose directement sur le muscle sous-jacent, sans interposition de grappe glanduleuse. Les glandes dites molaires s'étalent sur la face externe du buccinateur.

La muqueuse palatine est blanchâtre ou blanc rosé, remarquable par son épaisseur, sa résistance et son adhérence au périoste. Elle présente de nombreuses rugosités en arrière des incisives supérieures, et de petites fossettes situées de chaque côté du raphé, véritables cribles d'orifices glandulaires. Au-dessus d'elles s'étalent les glandes palatines.

Au voile du palais, la muqueuse inférieure, faisant suite à la muqueuse buccale en conserve les caractères. Comme cette dernière, rosée, lisse, épaisse, elle possède un épithélium pavimenteux stratifié. Au dessus se trouve une couche excessivement riche de GLANDULES réunies par du tissu conjonctif sous-muqueux.

1. Testut : *Traité d'anatomie humaine*.

La muqueuse linguale présente aussi deux couches : l'une *profonde* ou *chorion* correspondant au derme cutané, l'autre *superficielle* ou *épithélium* recouvrant toutes les papilles linguales. Cette dernière représente le corps muqueux ou tégument externe et dérive aussi de l'ectoderme. Elle comprend trois groupes de cellules toutes nettement nucléées : 1° cellules verticales prismatiques, implantées sur le chorion dont les sépare une membrane basale ou vitrée ; 2° cellules polyédriques à pourtour dentelé ; 3° cellules superficielles aplaties et lamelliformes.

Aucune couche dans cet épithélium ne peut être comparée au *stratum granulosum* de l'épiderme ; c'est à peine, si, au voisinage du V-lingual, quelques cellules polyédriques viennent y affirmer la similitude de l'évolution épithéliale et épidermique. S'il ne se forme pas ici de cellules cornées c'est apparemment, comme le fait remarquer Ranvier, à cause de la desquamation rapide qui se produit sur la muqueuse linguale sous l'influence des aliments et du liquide buccal.

Au-dessous de la muqueuse se développent de nombreuses glandes muqueuses ou folliculeuses.

L'épithélium qui revêt la surface et les *cryptes de l'amygdale* est analogue à celui des régions voisines ; il est *pavimenteux, stratifié*. Le chorion possède des papilles à peine visibles ; il est constitué par du tissu adénoïde à follicules clos disposés en série.

La muqueuse du *pharynx* se continue sans ligne de démarcation bien nette avec la muqueuse des cavités voisines. A sa partie supérieure, d'une coloration rougeâtre



ou simplement rosée, elle est remarquable par son épaisseur, et son adhérence à la couche fibreuse sous-jacente. Partout ailleurs elle est plus mince, d'une coloration plus pâle, et doublée, sur sa surface extérieure d'une couche de tissu cellulaire lâche, qui ne l'unit que faiblement aux parties sur lesquelles elle repose.

Comme toutes les muqueuses, composée de deux couches, elle présente un *épithélium* cylindrique à cils vibratiles dans le naso-pharynx de l'enfant. Chez l'adulte, d'après Schmidt et Klein, la portion avoisinant les fosses nasales est *pavimenteuse stratifiée*. Cette forme épithéliale persiste jusque sur le bord postérieur de l'amygdale pharyngienne. Cependant le bord antérieur jusqu'aux orifices de la trompe d'Eustache serait recouvert d'épithélium cilié. A partir du bord postérieur de l'amygdale pharyngienne jusqu'à la jonction du tiers moyen du pharynx, l'*épithélium* est *cylindrique à cils vibratiles* et au-dessous de cette ligne il redevient pavimenteux stratifié.

Dans la couche sous-muqueuse existent de nombreuses glandes. Le derme chez l'adulte possède des papilles bien marquées dans les parties recouvertes également d'épithélium pavimenteux stratifié ; elles font défaut chez l'enfant au niveau de l'épithélium cilié. Son derme est aussi caractérisé par sa richesse en lymphoïde.

Comme on peut le voir par cette étude détaillée de la muqueuse bucco-pharyngée, c'est la *forme épithéliale pavimenteuse stratifiée* qui prédomine, c'est-à-dire celle qui se rapproche le plus de la structure de la peau.

Dérivant aussi de l'ectoderme, cette muqueuse, par sa structure se rapproche sensiblement de la peau ;

mais comme ses cellules n'ont pas l'obligation de pourvoir à une protection aussi importante que l'enveloppe cutanée, elles sont absolument privées d'éléments cornés. Sur le chorion (derme de la peau) s'étagent plusieurs assises épithéliales à cellules toutes nucléées.

Cette digression anatomique facilitera l'étude de la pustule muqueuse et, par la comparaison facile avec la pustule variolique cutanée, nous évitera de longs détails.

Les *altérations varioliques portent sur les couches profondes de l'épithélium, au-dessus des papilles du chorion lorsqu'elles existent*. Les différentes étapes de la *macule, papule, vésicule, pustule* se présentent comme sur la peau, mais le processus pathologique est plus hâtif et plus rapide ; en quelques heures, l'éruption peut s'effectuer sur toute la muqueuse. Cela tient aussi à deux causes principales : *l'absence de couche cornée* dans l'épithélium en diminue la résistance, les altérations prépustuleuses ou pustuleuses s'effectuant rapidement ; de plus, sur cette muqueuse bucco-pharyngée constamment *lubrifiée par la salive, dans la chaleur humide* de la cavité buccale, la manifestation angineuse évolue hâtivement, rappelant l'évolution des vésicules faciales sous le masque humide <sup>(1)</sup>.

Les moindres détails du processus sont consignés dans le travail de Curschmann <sup>(2)</sup>, ainsi que dans les études de Vulpian <sup>(3)</sup>, Cornil <sup>(4)</sup>, Auspitz et Basch, enfin dans l'article de M. Leloir (*Arch. de physiologie*, 1880).

1. M. Coste : Traitement abortif des pustules varioliques. *Bull. gén. de Thérap.*, 30 avril 1892.

2. Qiëmsen's *Handbusch der special. Path. und Thérap.*

3. *Bull. de l'Acad. de Méd.* 1871.

4. *Union Méd.* 1879



La *macule* est caractérisée par une congestion très vive des vaisseaux papillaires ; lors de la *papule* se produit une sorte de dégénérescence aréolaire dans les cellules malpighiennes : ces éléments peuvent encore être colorés au picro-carmin ou à l'hématoxyline (preuve que cette altération n'est pas due à la nécrose de coagulation décrite par Weigert). D'autres altérations accessoires l'accompagnent ; ce sont : l'infiltration leucocytaire du chorion, la dilatation des capillaires qui deviennent variqueux et le remplissent de globules rouges, la congestion très vive et l'allongement notable des papilles.

La papule devient alors *vésicule*, le plasma sanguin faisant irruption dans l'épithélium. La dégénérescence aréolaire s'exagère de plus en plus ; dans le réticulum prépuistulaire (Renaut, de Lyon), les noyaux cellulaires disparaissent ; les mailles du réticulum se distendent sous l'invasion des leucocytes, du plasma, des débris nucléaires et cellules dégénérées.

*À la gorge, les vésicules ont rarement le temps de suppu-  
rer.* Leur mince pellicule se déchire et la suppuration, si elle se fait, n'a lieu qu'en la suite. Après leur rupture, ces plaques blanchâtres laissent de petites ulcérations à bords un peu déchiquetés, entourées d'une auréole rouge. L'*ombilication* des vésico-pustules est peu appréciable. Elle est même niée par des auteurs.

L'éruption, en quelques heures, s'est accomplie sur la muqueuse affectant tantôt le type pustuleux, tantôt les caractères d'une inflammation diffuse.

Le chorion est toujours rapidement œdématié et plus intensivement enflammé que le derme de la peau : ceci

nous explique l'hypertrophie énorme que peut acquérir la muqueuse ; de là les glossites, les abcès péri-amygdaliens, etc.

Quelle que soit la muqueuse atteinte, au niveau des pustules il se produit des *exsudats diphtéroïdes*, qui, dans certains cas, rappellent à s'y méprendre les fausses membranes de la diphtérie.

Dans les *varioles hémorrhagiques*, au contraire, on rencontre des ecchymoses et des suffusions sanguines. Dans les formes primitives, la congestion des capillaires est plus intense au début, et produit rapidement des hémorrhagies intra-papulaires et intra-vésiculaires.

Au centre des pustules muqueuses, le réticulum est beaucoup moins développé et moins résistant que dans le corps de Malpighi ; les cellules épithéliales sont cependant frappées d'une dégénérescence aussi profonde que les cellules épidermiques. Malgré cela, les pustules ne laissent pas de cicatrices sur la muqueuse. Sous l'influence de la sécrétion salivaire exagérée, les pellicules et les exsudats vésiculaires disparaissent rapidement, les cellules épithéliales se régénèrent, ne laissant aucune excavation, aucune cicatrice.

Nous ne parlerons pas des inflammations secondaires qui peuvent se présenter dans le cours de l'angine. Leur description anatomique ne diffère pas dans la variole.



## CHAPITRE IV

### SYMPTÔMATOLOGIE

Nous prenons comme type de la description, *l'angine dans la variole cohérente ou confluyente*. Nous nous sommes inspiré pour la décrire de plusieurs observations consignées à la fin de ce travail, comptes-rendus très précis de son évolution chez plusieurs fiévreux, envoyés par erreur à la Variole et ayant contracté la maladie pendant leur séjour dans le service.

Chacun d'eux fut isolé avec le plus grand soin et maintenu au repos. Dès l'apparition des prodromes varioliques : température rectale toutes les trois heures, examen de la peau et de la gorge par nous-même, plusieurs fois dans les premières vingt-quatre heures, puis à chaque prise de température (toutes les heures), les deux derniers jours des prodromes. Nous avons ainsi, par ces examens répétés, pu saisir *l'instant précis où l'éruption apparut* sur la muqueuse bucco-pharyngée, et, dans la suite, en suivre le complet épanouissement.

*Premier jour.* — Rien ne se présente à la gorge; d'ailleurs, comme dans le premier jour de fièvre de la plupart des affections éruptives.

Le malade ne se plaint pas de la gorge; les autres phé-

nomènes généraux (état nauséeux, rachialgie, céphalagie), le préoccupent seuls.

*Deuxième jour.* — Le malaise et les phénomènes généraux continuent et s'exaspèrent ; les vomissements se multiplient, surtout après boire ; les maux de reins ne laissent au malade aucune bonne position.

En ce jour où font apparition les rash multiformes, la face et la gorge sont encore respectées. Nous n'avons observé que cinq cas seulement de rash morbilliforme, dans lesquels la face et la gorge, prirent part à l'inflammation : enchifrènement, conjonctivite légère, rougeur du bord des piliers et de la luette. A ce moment donc (2<sup>e</sup> jour des prodromes) la gorge *par ses signes négatifs* est un élément important de diagnostic dans les érythèmes.

*Troisième jour.* — Si l'on peut suivre heure par heure, l'évolution de l'exanthème buccal, et le comparer à celui qui se développe sur le corps du sujet, il sera facile de contrôler les faits suivants.

Les phénomènes prodromiques se sont exagérés : le malade, agité, transpire abondamment ; sa faiblesse est extrême, la station debout n'est plus possible, et, entre deux vomissements, le patient s'agite sur son lit, le faciès vultueux, le sourcil froncé, les dents serrées.

La température rectale, qui le matin marquait 39°, monte progressivement vers 40°, qu'elle dépasse quelquefois. L'éruption à la gorge, coïncide avec une température de 40° environ. Le malade présente alors, pendant plusieurs heures, un tracé hyperthermique, lequel progressivement, et non d'une façon aussi brusque que



pour la pneumonie, disparaît en lysis dans les vingt-quatre à quarante-huit heures.

Sur *la peau*, seuls les rash s'accroissent, laissant le fallacieux espoir d'une affection moins redoutée. Mais, si l'on examine soigneusement *la gorge*, dans le cours de cette troisième journée, on remarque facilement, en dehors de l'absence de l'angine scarlatineuse, herpétique ou rubéolique, l'apparition progressive sur la muqueuse du voile, du pharynx, des amygdales, restée à sa coloration normale, de *très petites taches rouges, arrondies, disséminées*. Ces macules, augmentent rapidement en nombre et deviennent tout à fait évidentes avant le milieu de la journée.

Certaines précautions sont utiles à rappeler pour bien examiner l'arrière-gorge. *A l'éclairage direct*, le malade sera assis sur son lit, la face bien tournée du côté du jour. *A la lumière réfléchie*, le miroir (concavité d'une cuiller ou d'un miroir frontal), sera placé aussi près que possible des arcades dentaires. L'abaisse-langue, devra aussi être manié habilement pour faire varier l'incidence des rayons sur sa convexité. Pour éviter la congestion de la muqueuse, il faut recommander avec soin au patient de bien respirer par la bouche pendant l'examen; l'abaisse-langue ne devra pas être introduit trop profondément, il devra toujours respecter le V lingual: l'état nauséux du sujet doit toujours rester présent à la mémoire, on évitera ainsi quelques petits accidents fâcheux dans cette inspection.

Très souvent l'examen direct est le meilleur: le malade étant bien tourné du côté du jour, on lui recommande

d'ouvrir largement la bouche sans tirer la langue en dehors; de la main gauche on renverse légèrement sa tête en arrière et sur le fond pâle de la luette du voile et des piliers se détachent nettement les macules varioliques (<sup>1</sup>).

A la même heure, l'éruption cutanée est encore à peine perceptible, surtout dans les cas de rash morbilliforme, scarlatiniforme ou hémorrhagique punctiforme, au milieu desquels les macules varioliques disparaissent. Les manifestations bucco-pharyngées se trouvent donc toujours plus tôt évidentes que celles de la surface cutanée.

*A la fin de la troisième journée et au commencement de la quatrième*, le corps se couvre de macules, puis de maculopapules, en saillies déjà appréciables au toucher (signe de l'aveugle).

A ce moment, précieux pour le diagnostic, si l'on examine la gorge, en faisant varier l'éclairage, on aperçoit très nettement la voûte palatine, le pharynx et les amygdales, farcis de papules. Chacune d'elles a la grosseur d'une petite lentille; rouge, elle se détache sur le fond plus pâle de la muqueuse; une petite aréole d'un rouge plus vif l'entoure. *Groupées* sur la voûte palatine postérieure, le pharynx, la luette et les piliers, ces papules donnent à la muqueuse rubéfiée l'aspect mamelonné de la mûre. *Plus disséminées* sur la voûte palatine antérieure, les gencives, la langue, les joues, *elles laissent entre elles des intervalles de muqueuse normale*.

1. A l'hôpital de la Conception, il était d'usage courant, nos jours de garde, de contrôler le diagnostic de variole par la simple inspection de la gorge, le malade étant encore dans la voiture municipale et simplement éclairé par la lanterne du cocher.



Il est très important de ne pas confondre ces petites saillies, rouge foncé sur fond plus pâle, de l'angine variolique avec la saillie des glandules, que l'on retrouve très fréquemment et d'une façon passagère dans le début de certaines pyrexies, telles que la grippe et la rougeole. En faisant varier l'angle d'incidence des rayons, la lumière projetée sur le voile montre facilement ces petites saillies glandulaires, très rapprochées, non rouges, mais toujours pâles et transparentes sur la muqueuse plus ou moins enflammée. Dans les angines confluentes en effet, il est important de faire cette distinction, vu la proximité des papules.

Dans le cours de cette *quatrième journée*, l'exanthème se développe rapidement sur tout le corps. L'exanthème buccal va encore plus vite : à la fin de la journée, les petites macules de la veille, papules du matin, ont déjà blanchi ; elles sont devenues de petites vésicules blanches, toujours aplaties, ayant peu de tendance à s'ouvrir l'une dans l'autre, mais évoluant plutôt chacune isolément, quel que soit le rapprochement de la vésicule voisine.

Contrairement aux idées émises, et d'après les nombreux malades que nous avons examinés, au quatrième jour, la douleur angineuse est peu intense, si ce n'est dans le cas de confluence extrême, et lors de l'existence de *pustules à la base des piliers*.

Au *cinquième jour*, les vésicules sont toutes formées sur la muqueuse bucco-pharyngée. Quelques papules, surtout dans les varioles confluentes à plusieurs poussées chez les non-vaccinés, peuvent encore apparaître ; mais,

en général, à partir de ce moment (sauf rechûte dans la variole) <sup>(1)</sup>, le nombre des pustules n'augmente plus.

Chaque vésico-pustule, de couleur blanc nacré, évolue rapidement. Constamment humectée par la sécrétion exagérée de salive, sa mince pellicule ne tarde pas à se déchirer, puis à disparaître avec les débris muqueux déglutis ou expectorés par le varioleux. Chacune d'elles laisse une petite ulcération à mince collerette blanche et léger dépôt blanchâtre.

C'est à cette époque (*cinquième et sixième jour*), que l'angine devient le plus *douloureuse*. La fièvre et les phénomènes prodromiques ont disparu avec l'apparition de l'éruption. Le gonflement des extrémités commence à peine, c'est de la gorge, et de la gorge seule, que se plaint le malade. Le ptyalisme s'exagère (ce grand signe de diagnostic des anciens !) le patient peut à peine avaler les liquides, et les gargarismes sont difficiles à prendre.

*Septième jour.* — L'éruption muqueuse évolue très rapidement. Lasègue <sup>(2)</sup>, avec la plupart des auteurs, lui donne une durée bien plus courte que l'éruption du corps et même du visage, en moyenne quatre à cinq jours, disent-ils. Pour nous qui avons toujours vu commencer l'angine fin du troisième jour ou commencement du quatrième, nous lui donnons une *durée moyenne de sept à neuf jours* dans les cas typiques de variole cohérente ou confluyente. De la sorte, vers le dixième ou le douzième jour de la maladie, la douleur angineuse a déjà disparu depuis deux ou trois jours, l'arrière-gorge a payé tout son tribut

1. D<sup>r</sup> Maurice Coste.

2. Lasègue. *Traité des angines*.



à la maladie et ne présente plus qu'une surface brillante et desséchée.

La langue se dépouille la dernière,

Les pustules ne laissent aucune trace sur la muqueuse bucco-pharyngée ; c'est à peine si, vers le dixième jour, quelques empreintes plus foncées marquent encore, sur la voûte palatine antérieure, le siège des pustules primitives.

Nous avons exposé l'angine telle que nous l'a montrée l'observation de 149 varioles cohérentes et de 254 confluentes.

Dans les autres formes de la variole, on retrouve toujours sur la muqueuse les mêmes éléments éruptifs. Quelques différenciations sont pourtant importantes à signaler.

Dans les varioloïdes, et par là nous entendons avec MM. Huchard et Talamon (1) « les varioles caractérisées par l'absence ou l'atténuation de la fièvre suppurative » quelle que soit la forme — dans les varioloïdes, disons-nous, l'angine variolique existe toujours, ses éléments primitifs apparaissent à la même date (fin 3<sup>e</sup> jour). Les maculopapules sont ordinairement plus disséminées dans l'arrière-gorge ; la rupture des vésicules et la disparition des pustules sont des plus rapides.

Dans les varioloïdes discrètes, il faut souvent fouiller avec un bon éclairage toute l'arrière-gorge pour retrouver encore quelques pustules au 6<sup>e</sup> jour (date à laquelle les

1. Huchard et Talamon. *Comptes-rendus soc. méd. Paris. Sem. méd.* 1890, p. 109.

malades sont plus fréquemment en suspicion de variole par leur entourage, et dirigés à l'hôpital).

Dans les *varioles discrètes* (30 à 40 pustules à la face) l'angine apparaît encore à la même date. Le nombre plus restreint des papulo-pustules nécessite un examen plus complet et plus prolongé de l'arrière-gorge et surtout du voile et du pharynx.

Dans les formes excessivement discrètes, simulant l'acné, si le malade n'a pas présenté après le septième jour, quelques éléments éruptifs persistent *toujours*, mais *très disséminés* sur la muqueuse : là se trouve donc la clef du diagnostic.

Trousseau <sup>(1)</sup> ajoute même : « Dans quelques circonstances rares, très rares, l'éruption variolique reste bornée et les manifestations caractéristiques de la maladie consistent uniquement, ainsi qu'on en a cité des exemples, ainsi que j'en ai vu moi-même, en la présence de quelques pustules sur le pharynx et le voile du palais ».

D'après Legroux <sup>(2)</sup> : « M. Noël G. de Mussy a vu des varioles qui n'étaient manifestées que par deux ou trois pustules réparties sur la peau et le voile du palais ». C'est évidemment aborder la question des *varioles frustes* <sup>(3)</sup>. Dans ces formes si intéressantes comme diagnostic au point de vue hygiène, l'angine variolique existe aussi : ses éléments éruptifs sont rares et très disséminés, mais bien

1. Trousseau. *Clin. méd. Hôtel-Dieu de Paris*.

2. Legroux. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. *Rash*.

3. Maurice Coste. *Varioles frustes* (Congrès pour l'avancement des sciences, session de Marseille, 1891). — *Revue de médecine*, t. XII, 1892.



des cas douteux peuvent être tranchés par l'examen de la gorge.

Dans les varioles hémorrhagiques enfin, l'angine variolique est du plus haut intérêt. Durant notre internat, nous avons pu en suivre 27 cas primitifs, et plus de 32 cas secondaires.

Dans l'hémorrhagique primitive, alors que l'éruption cutanée évolue difficilement, que seuls, l'intensité des phénomènes généraux, et les rashes ecchymotiques, mettent sur la voie du diagnostic probable, l'angine variolique apparaît à la même date (4<sup>e</sup> jour), et en général très confluente.

Bientôt plusieurs des papules bucco-pharyngées se remplissent de sang, formant de petits grains noirs, très faciles à remarquer sur la teinte rouge vif qu'a prise la muqueuse de l'arrière-gorge. Ces petits grains donnent l'illusion des grains de tabac qui couvrent le pharynx chez le priseur. Nous les avons toujours retrouvés dans les formes primitives; elles nous ont permis plusieurs fois d'annoncer l'évolution fatale.

Quelques ecchymoses se produisent rapidement autour des pustules et toute la muqueuse buccale prend la teinte du rash hémorrhagique cutané.

Bien avant que les hémorrhagies se manifestent sur les muqueuses, buccale, gingivale et nasale, le malade se plaint horriblement de la gorge, il exhale une haleine fétide, à odeur de sang toute particulière.

Bientôt la muqueuse s'ulcère, le sang et les mucosités empêchent tout examen de la gorge, dans la dernière période de cette forme.

Dans les hémorrhagiques *secondaires* l'angine évolue comme dans les cas de variole confluyente. L'éruption apparaît à la fin du troisième jour, excessivement abondante, couvrant toute l'arrière-gorge. Les hémorrhagies intra-pustulaires se produisent au même moment que dans les pustules cutanées. — Il est important de ne pas confondre ces hémorrhagies intra-pustulaires avec les hémorrhagies papulaires des formes primitives : les grains de tabac apparaissent en effet bien avant les hémorrhagies des pustules cutanées.

La description que nous avons faite étant celle de l'angine variolique chez l'homme blanc il est nécessaire de signaler les différences qui peuvent se présenter chez les femmes chlorotiques, les sujets anémiques et chez les gens de race nègre.

Chez les *femmes chlorotiques* et les *sujets anémiques*, les macules et papules mettent plus longtemps à devenir évidentes au voile et au pharynx ; souvent les vésico-pustules y sont les premiers éléments éruptifs remarqués. Cependant avec un bon éclairage et à l'aide de la loupe, l'examen peut déceler les nuances de coloration qui signalent l'exanthème buccal.

Chez les *nègres* (8 cas observés) l'éruption muqueuse prend dès le début une teinte mauve sur le fond rouge vif des muqueuses linguale et buccale.

## CHAPITRE V.

### COMPLICATIONS DE L'ANGINE VARIOLIQUE.

Diverses complications peuvent accompagner l'angine variolique.

La *salivation exagérée* est une complication très fréquente : le malade, par suite de l'excitation réflexe de ses glandes salivaires et la douleur de l'acte de déglutition, crache continuellement. Par elle seule, c'est une cause d'affaiblissement pour le sujet. A la période de suppuration « les troubles occasionnés par l'éruption muqueuse viennent compléter la tristesse du tableau et jeter le malade dans une situation aussi lamentable que son faciès est horrible. De la bouche entr'ouverte s'échappe constamment une salive filante, abondante et fétide. La salivation qui avait commencé avec l'éruption, devient à cette période excessivement abondante et atteint un à deux litres par jour. Des douleurs violentes se font sentir dans la gorge recouverte d'un enduit noirâtre et fétide. La dysphagie est à son comble (1) ».

La *glossite* gêne horriblement le malade ; il ne peut ni avaler ni parler. Les fosses nasales étant très souvent

1. Prof. B. Auché (Bordeaux) *Traité de médecine et de Thérapeutique* 1895. Art. Variole. p. 155.



obstruées par des mucosités desséchées, le patient respire à peine par sa bouche tuméfiée.

« Chez les enfants et chez les nourrissons, la variole de la bouche est sérieuse par l'obstacle qu'elle apporte à la nutrition <sup>(1)</sup> ».

Les *abcès de l'amygdale* ont été signalés, mais on ne les trouve sans doute que dans les cas où les lavages naso-pharyngiens ne sont pas faits : dans nos cas hospitalisés nous n'avons pu en observer un seul exemple.

L'*inflammation diphtérique ou nécrotique* sur la gorge, signalée par Huxam, la *gangrène du pharynx et du voile du palais*, par MM. Comby et Dupré, sont des faits rares.

Dans l'évolution normale de la variole confluente, c'est-à-dire sans aucune précaution d'hygiène buccale, il se produit assez fréquemment après la dessiccation complète de la muqueuse palatine de *petites ulcérations superficielles* de quelques millimètres. Disséminées sur le voile, d'abord arrondies, elles s'élargissent très facilement et prennent bientôt l'aspect endothélial en feuilles de chêne. Leur fond est recouvert d'un enduit blanchâtre, enlevé facilement par le pinceau ou par quelques liquides révulsifs. Ces ulcérations sont douloureuses, surtout si elles envahissent les piliers, elles peuvent confluer et recouvrir d'une seule ulcération de l'arrière-gorge. Par le traitement, l'ulcération rétrocede et disparaît sans cicatrice au bout de trois à quatre jours ; sans traitement, elle donne l'aspect diphtérique à l'arrière-gorge.

Il est intéressant de les rapprocher des ulcérations superficielles bucco-linguales observées par la fièvre

1. Kaposi. *Loc. cit.*

typhoïde par M. Devic <sup>(1)</sup>, et son élève Fohanno (décembre 1895) <sup>(2)</sup>. La description donnée par ces auteurs ressemble à s'y méprendre à celle des ulcérations muqueuses observées pendant la dessiccation variolique.

L'inflammation de la parotide peut revêtir, d'après les auteurs, deux formes : *simple* et spontanément curable au début de la maladie ; *suppurée* et grave pendant la dessiccation de la variole confluente <sup>(3)</sup>.

Avec notre maître, M. le docteur Coste, nous tenons à signaler tout spécialement l'œdème péri-amygdalien de la période d'éruption. Cette inflammation de tout le tissu cellulaire apparaît autour de l'amygdale dans les *angines très confluentes*, un peu avant le gonflement du visage, quelquefois en même temps que l'œdème sous-cutané. On peut prévoir son apparition par la présence, dès le début, d'une éruption abondante sur l'amygdale ou les piliers. Ordinairement bi-latérale, elle donne un faciès piriforme à la tête du sujet. Le doigt introduit dans la cavité buccale perçoit très bien l'œdème interne ; extérieurement sa convexité maxima est à l'angle du maxillaire inférieur, un peu plus bas que dans la parotide. La pression sur la parotide est à peine sensible ; à la douleur angineuse s'ajoutent seulement des phénomènes de tension. Trois ou quatre jours après, tout disparaît ou bien l'œdème péri-amygdalien se perd dans celui qui a envahi la face et le cou.

Vu la fréquence de cet œdème péri-amygdalien à la période d'éruption, nous nous sommes demandé, si nombre

1. Devic. Prov. médicale 4 déc. 1895.

2. Fohanno. Th. Lyon 1895.

3. Louis Guinon. Traité de médecine, t. II, p. 148.

de cas n'auraient pas été interprétés comme des parotidites simples du début. Notre chiffre de parotidites vraies, observées à cette époque de la maladie, est des plus restreint.

Nous ne voulons pas insister sur la propagation de la réaction inflammatoire sur les organes voisins : larynx et œsophage.

Cependant la *trompe d'Eustache* peut prendre une large part à la fluxion réactionnelle. Elle peut, par son obstruction, causer des douleurs d'oreilles assz violentes. Par elle, l'infection peut gagner l'oreille moyenne et les sinus mastoïdiens. Si l'otite suppure et se prolonge on peut avoir à redouter la méningite basilaire suppurée ou la phlébite des sinus.

Enfin pendant longtemps les varioleux peuvent présenter de l'*anosmie* et de l'*agueusie* (1).

Des *poussées d'herpès* peuvent aussi se montrer sur les muqueuses dans le cours des manifestations varioliques. Lasègue (2) a vu « à plusieurs reprises la variole buccale s'accompagner d'une angine herpétique due probablement à l'irritation consécutive de la gorge chez des sujets prédisposés. Les deux éruptions suivaient leur marche régulière. L'herpès durerait plus longtemps, il n'occupait que les amygdales manifestement enflammées ; les vésicules étaient moins nettement arrondies, elles guérissaient sans laisser d'ulcération. »

1. Prof. B. Auché, loc. cit.

2. Lasègue, loc. cit.



## CHAPITRE VI

### AVANTAGES QUE L'ON PEUT RETIRER DE LA RECHERCHE DE L'ANGINE VARIOLIQUE

*Au point de vue de l'hygiène publique*, la variole étant reconnue contagieuse à toutes ses périodes, il importe d'en assurer le diagnostic le plus tôt possible.

Sans pouvoir attribuer à l'angine (comme on le peut pour la rougeole) la cause de cette contagion, son existence, dès le début de l'éruption (fin troisième jour), permet au moins d'instituer bien plus tôt l'isolement sévère du sujet, et de préconiser les moyens de prophylaxie générale dont on peut disposer.

Une épidémie naissante pourrait être plus facilement combattue ; la reconnaissance de la moindre papulo-vésicule palatine pourrait empêcher bien des victimes.

Lesensemencements faits dès le début de l'angine variolique permettront par la présence de certains microorganismes (*streptocoques*) de porter un pronostic de gravité dans la variole en cours.

Cette observation portera à instituer de suite un traitement, pour lutter dans la mesure du possible contre l'infection, qu'elle soit due à l'association microbienne ou à la virulence secondaire du streptocoque.

Dans les poussées intermittentes qui peuvent se présenter au cours de la variole, la gorge est aussi là pour les annoncer. Si, comme nous avons pu le faire dans le service des varioleux, à la moindre élévation thermique anormale, l'arrière-gorge est examinée, on retrouvera facilement sur le corps les traces de l'éruption nouvelle après en avoir aperçu quelques éléments sur la muqueuse.

En question d'hygiène le diagnostic de ces poussées intermittentes est très important : par la longueur de la desquamation, elles peuvent retarder la sortie du varioleux, lequel, sans cet examen attentif, pourrait encore par ses croûtes infecter son entourage.

On nous pardonnera de signaler l'importance de cette recherche de l'angine variolique pour le prestige du médecin. Celui-ci a toujours quelque chose à perdre au milieu de ces indécisions qui le forcent, par conscience, à réserver, pendant quelques jours, son diagnostic, ou à le modifier le lendemain <sup>(1)</sup>.

Il faut avouer que la difficulté du diagnostic est souvent très grande sans l'examen de la gorge.

Dans le milieu hospitalier de la Conception lui-même, où nous avons recueilli nos observations, et suivi deux épidémies (plus de 1380 malades étant entrés dans les pavillons d'isolement) — dans une ville comme Marseille où ces épidémies se renouvellent, où le médecin doit toujours avoir à l'esprit l'idée de fièvre éruptive, nous avons été étonné du nombre de cas de variole avérée, non reconnus immédiatement.

1. D. Costé, loc. cit.

(<sup>1</sup>) Mais, en cours d'épidémie et dans les cas de contagiosité possible, les hésitations du médecin peuvent aussi être dues aux ressemblances des différents rash avec des pyraxies à prodrômes accentués. Nous n'avons pas voulu compter les nombreux cas dans lesquels le médecin de la ville portait, de *peur de se tromper*, le diagnostic de *variole à isoler* pour des morbillueux, des grippés, scarlatineux, syphilitiques, acnéiques et autres.

Et pourtant le signe donné par le docteur Coste, la *présence constante dès le début de l'éruption variolique de macules et de papules évidentes au voile du palais ou au pharynx*, aurait pu faire éviter la plupart de ces erreurs.

Les muqueuses sont envahies par l'éruption, chacun le sait, la plupart des classiques le notent, mais personne n'insiste comme élément de diagnostic sur cette coïncidence constante. Vulgariser ce signe de la variole est, croyons-nous, œuvre utile.

Enfin l'*examen bactériologique* peut donner des probabilités sérieuses pour le mode de terminaison. Ne serait-ce que pour un pronostic sérieux, la recherche de l'angine variolique aura, nous l'espérons, des partisans convaincus dans le milieu médical.

4. Un soir, rentrant à la Conception, je rencontrai dans la rue un groupe de femmes causant avec animosité autour d'un petit Italien de 16 ans, couché sur le trottoir. Couvert de vermine et de croûtes eczémateuses, grelottant de fièvre, l'enfant venait d'être refusé à l'hôpital faute de place *aux Fiévreux*, et n'avait pu continuer son chemin. Après l'avoir questionné, j'*inspectai rapidement son arrière-gorge* et portai assez haut le diagnostic *petite vérole* avec prière de le transporter aux varioleux. Inutile de décrire le saint respect qui se manifesta aussitôt tout autour du médecin et... du malade ! L'enfant transporté dans la salle fit une variole des plus confluentes, dont il guérit cependant.



## CHAPITRE VII

### DIAGNOSTIC DE L'ANGINE VARIOLIQUE.

I. En rappelant les caractères de l'angine variolique nous éviterons bien des redites :

L'angine apparaît dans le grand cortège pyrétique du début de la maladie (fièvre 40°, vomissements, céphalalgie, rachialgie), au troisième jour de ces phénomènes, alors que la surface cutanée a déjà pu se couvrir d'un voile érythémateux (rash) et la gorge rester indemne.

— Elle se manifeste par des *macules*, des *papules*, des *vésicules* et des *vésico-pustules*, disséminées sur la muqueuse bucco-pharyngée, le plus souvent groupées *au-dessous du voile du palais et sur la luette*.

— Son *apparition coïncide avec celle de l'éruption cutanée*. Toujours plus apparente au début, sa poussée se fait tout entière en un ou deux jours.

— Consécutivement à l'apparition des vésicules il se présente toujours un *peu d'inflammation buccale*.

— L'évolution de cet exanthème est *toujours plus rapide* que pour l'exanthème cutané.

— A la période de suppuration la muqueuse peut présenter de nombreux *exsudats diphtéroïdes*, ou des ulcérations superficielles.

— Après la guérison il n'y a *pas de cicatrices*.

Ces différents caractères feront facilement différencier cette angine des diverses phlegmasies bucco-pharyngées qui peuvent se présenter dans les pyraxies exanthématiques à grands prodromes, telles que la rougeole, la scarlatine, la grippe, l'érysipèle, le rhumatisme, l'herpès, ou des angines dites toxiques.

II. L'angine morbillieuse apparaît plus tôt que la variolique, au premier ou second jour des phénomènes d'invasion (fièvre initiale quatre ou cinq jours, coryza, toux, éternuement, conjonctivite, photophobie). C'est une des manifestations du catarrhe muqueux.

« Si on consent à continuer un examen attentif et répété de la gorge pendant les trois premiers jours de l'éruption, c'est-à-dire à une époque où le diagnostic ne prête plus au doute, on se convaincra de l'apparence toute spéciale que présente la muqueuse. A cette époque, l'éruption moindre à la gorge, est plus confluyente sur la voûte palatine. Là, suivant la forme de l'exanthème cutané et d'ordinaire en conformité avec lui, on observe des taches inégales, de forme variée lorsque la rougeole est papuleuse ; on trouve au contraire des saillies papuleuses sensibles au doigt et très distinctement visibles à l'œil quand la rougeole a ce qu'on est convenu d'appeler le caractère boutonneux » (1).

Cette description reproduite par les auteurs ne nous paraît pas complètement exacte. Avec ces caractères signalés vingt-quatre ou quarante-huit heures avant l'apparition de l'exanthème par Lasègue, puis par Heim et

1. Lasègue. Traité des angines, p. 44.

Trousseau, l'angine morbillieuse serait des plus difficiles à distinguer de l'angine variolique. Or la différenciation est beaucoup plus facile. Bien que nous ayons bien rarement observé un énanthème buccal aussi papuleux que celui dont parle Lasègue, dans les cas observés, la muqueuse était saillante, plutôt congestionnée par plaques. A la surface de cette congestion les *glandules étaient proéminentes*, entourées d'une petite zone plus enflammée, mais par les variations de l'éclairage il est toujours facile de distinguer ces éminences glandulaires des *maculo-papules varioliques*.

Dans la plupart de nos observations de rougeole au sixième et septième jour des symptômes, la muqueuse était simplement *congestionnée*, les *arborisations vasculaires* y étaient très accentuées, fonçant légèrement la teinte du voile, alors que les *amygdales et les piliers contrastaient* par leur degré d'inflammation. Entre les plexus des arborisations vasculaires *proéminaient les glandules transparentes de la muqueuse*.

Le *pointillé rouge* signalé par Girard <sup>(1)</sup> sur la muqueuse buccale précédant non seulement l'éruption cutanée, mais aussi tous les symptômes de la période initiale, est encore là pour différencier l'angine morbillieuse.

D'après ses recherches à l'hôpital Trousseau, M. Comby <sup>(2)</sup> a signalé la fréquence dans la période éruptive de la rougeole d'une stomatite érythémopultacée.

« Quand on examine avec soin la cavité buccale des

1. Commun. à la Soc. méd. des hôp. de Paris (Bull. et mém. 1865-1869).

2. Soc. méd. des hôp. de Paris. Séance du 22 nov. 1895.



enfants en pleine éruption de rougeole, voici ce qu'on observe :

1° Un gonflement général, mais modéré de la muqueuse des gencives, des joues, de la langue, du palais, etc. ;

2° Une rougeur violacée diffuse de toutes ces parties avec ou sans sécrétion exagérée de la salive ;

3° Un exsudat pultacé. »

Pour M. Comby cette manifestation buccale *précède fréquemment l'éruption cutanée* ou bien suit une marche parallèle : c'est une *copie insidieuse* de l'éruption cutanée sur la muqueuse buccale. L'auteur en signale la valeur diagnostique précoce et dans les cas d'éruption mal dessinée.

Cet énanthème buccal, quelle que puisse être sa fréquence dans la rougeole, diffère sensiblement de l'énanthème variolique.

III. *Dans la scarlatine*, l'angine se montre presque en même temps que la fièvre ; les amygdales, le voile du palais, le pharynx présentent une rougeur très vive accompagnée de tuméfaction et de douleur surtout pendant les mouvements de déglutition. Les ganglions sont souvent engorgés (1). A la fin du deuxième ou du troisième jour, lors de l'exanthème, l'angine augmente encore, l'isthme du gosier se recouvre de produits pultacés, la langue se desquame et bientôt elle apparaît complètement lisse, rouge, dépourvue de papilles.

La scarlatine peut se compliquer à la fin de pseudo-membranes diphtériques.

1. Laveran et Teissier. Path. médic. loc. cit.

IV. *Dans la grippe*, l'angine apparaît aussi au début, sous la forme catarrhale. La muqueuse de la gorge est rouge, luisante et sèche, tuméfiée surtout au niveau des points où le tissu cellulaire existe en abondance. Par suite du gonflement des cellules de leurs culs-de-sac, les glandes muqueuses font saillie, donnant l'aspect de *petites gouttelettes transparentes*, cerclées de rouge, sur un fond plus pâle. Plus tard les surfaces muqueuses se recouvrent d'un enduit muqueux ou muco-purulent, sans éléments fibrineux, formant des plaques blanchâtres sur le voile du palais ou les amygdales. Ces dernières sont fréquemment enflammées.

V. *Dans l'érysipèle du pharynx*, on peut observer, d'après Cornil trois degrés : la simple rougeur, la production de phlyctènes, l'exsudation de fausses membranes. L'angine apparaît ordinairement très tôt, coïncide avec l'exanthème cutané, ou bien se manifeste seule.

Dans l'*angine avec simple rougeur*, qu'elle soit diffuse ou limitée, la muqueuse offre une coloration sombre et pourprée, un aspect luisant et comme vernissé. Les amygdales sont peu tuméfiées, les ganglions lymphatiques au contraire sont très volumineux et douloureux.

*Lorsque les phlyctènes se produisent*, elles sont toujours moins bien formées et moins globuleuses qu'à la peau ; leur contenu peut être de la sérosité, du pus et même du sang (Ciure) ; leur durée fort courte ne dépasse pas quelques heures. Après leur rupture, l'épithélium s'applique sur la muqueuse, forme des plaques irrégulières pouvant persister jusqu'à huit jours ; la muqueuse, dénudée et

très vascularisée, se recouvre d'une *couenne d'apparence diphthérique*.

VI. Dans l'*angine rhumatismale*, cette manifestation précède des accès diathésiques (J. Franck, Trousséau, Lasèque), la douleur survient brusquement après l'impression de froid ; la rougeur occupe l'isthme du gosier sans atteindre la paroi postérieure du pharynx ; les amygdales sont rouge vif sans tuméfaction ; les follicules ne sont pas spécialement affectés, la muqueuse reste lisse et veloutée. Cette manifestation précède souvent l'attaque articulaire et permet de l'annoncer (Lagoanère) <sup>(1)</sup>.

VII. L'*angine*, que Lasèque désigne sous le nom d'*acnéique*, se distingue de l'*angine variolique* par sa localisation (*segment sous-amygdalien de la membrane muqueuse*). Elle se propage rarement aux piliers antérieurs et au pharynx.

VIII. L'*angine herpétique* a presque toujours son *maximum* sur les amygdales, elle est caractérisée par une *vive inflammation tonsillaire dès la fièvre du début* ; elle apparaît des deux côtés de la gorge, souvent d'un seul avant que le second soit envahi. Le siège précis de ses éléments se trouve à l'orifice ou sur les bords des cryptes muqueuses. Après deux ou trois jours de prodromes assez violents, l'examen de la gorge révèle sur le voile, les piliers ou les amygdales de petites vésicules grisâtres présentant à leur centre un point plus foncé et variant, comme grosseur, d'une tête d'épingle à un pois. Isolées ou groupées en corymbes, chacune d'elles entourée d'une large aréole in-

1. Lagoanère, De l'angine rhumatismale, th. Paris, 1876.



flammatoire, ses vésicules crèvent bientôt, laissant à leur place de petites ulcérations circulaires. Ces dernières se couvrent de fausses membranes minces, mais adhérentes, d'aspect opalin ou grisâtre, en points isolés ou en plaques.

La durée de l'herpès est subordonnée au nombre des poussées successives. Souvent au bout de huit à dix jours seulement l'ulcération se cicatrise. L'éruption buccale est ordinairement accompagnée ou suivie d'une manifestation de même nature sur le tégument externe : lèvres, vulve, etc.

IX. L'angine diphtérique se distingue facilement des manifestations varioliques au début surtout. Le bacille de *Lœffler*, par sa présence, assure le diagnostic. D'ailleurs l'angine variolique n'a l'aspect diphtéroïde que dans sa période de dessiccation ou de suppuration alors que le diagnostic est assuré depuis longtemps.

X. L'angine dite *aphteuse de Féron* ne paraît être qu'une forme ulcéralive des vésicules herpétiques, quelquefois une forme médicamenteuse. La douleur provoquée et la présence de quelques traces d'herpès facilitera le diagnostic.

XI. Les ulcérations superficielles bucco-linguales signalées dans la *fièvre typhoïde* par MM. *Bouveret et Tripier*, et tout récemment dans la Province Médicale par le docteur *Devic* sont des manifestations indolentes rouge vif ou rouge jaunâtre, des petites pertes de substance superficielles, accompagnées de pharyngite sèche. Elles ne surviennent jamais après le second septennaire et d'après M. *Tripier* leur marche serait absolument parallèle à celle des ulcérations intestinales.

XII. Enfin diverses *angines*, dites *toxiques*, peuvent se présenter avec des phénomènes généraux graves : elles peuvent résulter de l'action *topique* des poisons (phosphore, iode, chlore, acides, sels de mercure, argent, cuivre, etc, tartre stibié), ce sont les *angines par imbibition* ; d'autres sont produites indirectement *par absorption* (Peter). Dans ces dernières, il faut ranger les angines dues aux préparations mercurielles, iodées, belladonnées. Malgré l'éruption acnéiforme qui pourrait se présenter, en général, l'angine est seulement marquée par de la rougeur, de la douleur et de la sécheresse de la bouche.

Par ce rapprochement dans la description des angines, on saisit facilement leurs différences avec l'angine variolique.

Celle-ci, par son apparition, (fin du troisième jour) est aussi de la plus grande importance *dans le diagnostic différentiel de la variole* à ses différentes périodes.

Un *érythème polymorphe*, non accompagné d'angine, devra être suspecté pour rash et surveillé jusqu'au troisième et quatrième jour des phénomènes généraux. Il ne sera jamais confondu avec les différents exanthèmes tels que la rougeole, la scarlatine, l'erysipèle, qui déjà à cette date auraient donné de l'angine, tandis que la variole ne se manifeste à la gorge que vers la fin du troisième jour, peu avant la chute de la température.

L'urticaire se distinguera d'un rash ortié par le défaut de similitude entre l'éruption bucco-pharyngée et l'éruption cutanée.

La *méningite cérébro-spinale*, la *fièvre syphilitique secon-*

daire (syphilide maculeuse) (1) évolueront sans ces manifestations bucco-pharyngées, ou d'altérations différentes.

Le *rash hémorrhagique généralisé* se différenciera du purpura par l'éruption papuleuse qui lui fera suite à la gorge.

La *pneumonie* également peut embarrasser dans les formes adynamiques avec vomissements bilieux. L'absence d'angine, les crachats rouillés ou verdâtres aideront le diagnostic.

Le *typhus exanthématique* se différenciera également malgré sa brusquerie de début, son *éruption morbilliforme* à *taches exanthemo-pétéchiales* (Hildenbrand). A la gorge rien de particulier.

Les *taches rosées lenticulaires* de la fièvre typhoïde accompagnent un état diarrhéique au second septennaire.

A la période papulo-vésiculeuse diverses affections peuvent être confondues surtout avec les formes discrètes de variole.

La *rougeole boutonneuse*, en dehors des caractères moins papuleux de l'exanthème, des symptômes catarrhaux du début, ne sera plus confondue avec la variole au quatrième jour : les deux angines différant sensiblement comme nous l'avons décrit.

Les éruptions *dues aux différents topiques révulsifs*, emplâtres, etc (tel l'éruption due au thapsia), seront, malgré les difficultés marquées au premier abord, facilement distinguées d'un rash ou d'une poussée variolique. Nous

1. Leçons de Parrot à l'hôpital des Enfants assistés. Progrès médical, mai 1878.



avons plusieurs observations très intéressantes de ces éruptions médicamenteuses, nettement reconnues, par l'absence des éléments pharyngés.

L'*herpès généralisé* sera diagnostiqué par le siège sur l'amygdale des vésicules herpétiques, réunies quelquefois en corymbes sur les piliers, l'extension rapide de l'affection surtout à la commissure des lèvres, aux organes génitaux externes.

L'*acné varioliforme* se différencie d'une variole discrète par sa localisation limitée, ses poussées successives et enfin l'absence de manifestations bucco-pharyngées, si ce n'est quelquefois des plaques acnéiques dans le segment sous-amygdalien (Lasègue).

La *varicelle* est une des affections qui paraîtrait le plus difficile à distinguer de la variole discrète. L'éruption en diffère assez, tant par son évolution presque *apyrétique* que par l'*aspect bulleux des éléments éruptifs*. L'énanthème varicellique (1) évolue rapidement : à la gorge les vésicules apparaissent sur la langue, au palais, sur les piliers du voile, sur la luette, sur les amygdales. Comme dans l'éruption cutanée les vésicules sont ovales, proéminentes, cerclées d'un petit filet rouge. Tout évolue sans beaucoup de fièvre et par *plusieurs poussées*. Une fois les pustules déchirées, les petites pellicules flottent quelque temps, laissant de petites ulcérations aplaties à enduit pultacé : celles-ci durent deux ou trois jours et ne se différencient plus, sur le reste de la muqueuse.

Il faut aussi se mettre en garde contre la *siphilite varioliforme*, mais son évolution plus lente, les antécédents

1. Comby. Progrès méd. septembre 1884.

spécifiques, l'absence des éléments éruptifs, à l'arrière-gorge, alors que la surface cutanée se couvre de pustules à chaque poussée, assureront facilement de diagnostic.

Dans l'*ecthyma*, les muqueuses prennent rarement part à l'éruption.

Nous n'avons pas observé de cas de *vaccinè généralisée*, et ne pouvons dire si dans cet état les muqueuses sont envahies par l'éruption.

## CHAPITRE VIII

### PRONOSTIC DE L'ANGINE VARIOLIQUE.

Pour Huxam <sup>(1)</sup> « un petit nombre de pustules dans la gorge et dans les narines est d'une bien plus dangereuse conséquence qu'un nombre plus considérable qui se jetterait sur l'habitude du corps ».

Les auteurs actuels sont loin d'un pronostic aussi pessimiste ; tous, avec Lasègue, sont d'avis que *l'éruption pharyngo-buccale, par elle-même, est toujours exempte de gravité*, aussi bien dans la première période que durant les périodes secondaires, lorsque celles-ci existent.

Il n'y a pas non plus *corrélation intime entre les éruptions cutanée et muqueuse*. « La pustulation cutanée ne donne pas la mesure de l'éruption gutturale qui peut être abondante, tandis que les pustules sont peu nombreuses sur la peau, et réciproquement <sup>(2)</sup>. »

Cependant l'angine variolique, après avoir établi le diagnostic de la variole par la présence de ses éléments, *peut aussi servir à prévoir la forme probable de variole*.

En général, au début, une manifestation bucco-pha-

1. Huxam. Essai sur la petite vérole. Méd. prat. de Th. Sydenham p. 409.

2. Lasègue. loc. cit.



ryngée très discrète correspond à une varioloïde ou à une variole discrète.

Une éruption moyenne et une éruption confluyente peuvent se présenter l'une ou l'autre dans les varioles cohérentes.

L'éruption confluyente à la gorge correspond à peu près à une manifestation abondante sur la surface cutanée.

La présence de grains de tabac au deuxième jour de l'éruption est un signe presque certain de variole hémorrhagique primitive à évolution fatale.

L'absence de grains de tabac est un élément de pronostic moins fâcheux. Ce signe même dans une variole à grand fracas, même dans des rash purpuriques étendus, devra faire prévoir une variole non hémorrhagique primitive, ou une forme abortive.

La réapparition, à une époque quelconque de l'affection des éléments papulo-pustuleux sur la muqueuse bucco-pharyngée est le signe avant-coureur d'une poussée intermittente de la même maladie (1).

Tant que la gorge est encore le siège de pustules, d'ulcérations et d'éruption bulleuse, le sujet varioleux n'est pas à l'abri des complications pulmonaires, cardiaques ou rénales. La variole n'est pas terminée ; une poussée intermittente peut se présenter et quelquefois être fatale. La convalescence au contraire se fera rapidement dès que la muqueuse bucco-pharyngée se sera entièrement dépouillée de ses éléments morbides.

Parmi les complications de l'angine variolique l'œdème

1. D. Maurice Goste (Marseille) Communication orale.

peri-amygdalien et sous-maxillaire est sans gravité ; les parotidites de la fin sont graves ; les ulcérations de la période de dessication, les abcès amygdaliens sont justiciables d'un traitement curatif. L'envahissement de l'oreille moyenne et des sinus mastoïdiens assombrit le pronostic par le voisinage des méninges et du cerveau.

Le ptyalisme exagéré, donné par les Anciens comme élément très grave de pronostic, n'a certainement pas toute la valeur qu'on lui attribuait. Cette sécrétion exagérée anémie le malade, mais elle ne concorde pas toujours avec des formes à solution fatale.

Chez les enfants et les nourrissons, la glossile, l'inflammation buccale, et l'œème des lèvres et du visage constituent un obstacle des plus sérieux à l'alimentation.

## CHAPITRE IX

### TRAITEMENT

Par l'ensemble de cette étude sur l'angine variolique, nous avons montré l'importance de ce signe du début de la variole.

En examinant la date d'apparition, les données bactériologiques et l'évolution de cette angine, avons-nous laissé supposer que l'angine variolique pouvait être contagieuse au même degré que l'angine de la scarlatine et de la rougeole ? — Certainement pareille solution serait à désirer, mais la question ne nous paraît pas encore assez avancée pour l'établir aussi nettement.

Quel que soit le degré de contagiosité de son angine, la variole étant reconnue affection contagieuse dès le début, même dans la période d'invasion, *on doit la traiter dans toutes ses manifestations avec les idées antiseptiques actuelles.*

Pour les manifestations bucco-pharyngées l'antiseptie d'ailleurs rend de grand services : elle *enraye l'inflammation et prévient les infections secondaires.*

La prophylaxie se fera *par les gargarismes de la bouche et les lavages naso-pharyngiens.*

Ces lavages sont *bien supportés* et souvent le malade les demande de lui-même pour être débarrassé des mucosités qui se dessèchent et s'accumulent dans ses fosses nasales et sa bouche.



Il est nécessaire de les bien donner afin d'en retirer le plus grand bénéfice. Il faut, comme pour les scarlatineux, pendant toute la durée du séjour à l'hôpital, une désinfection méthodique par des irrigations de la bouche, de la gorge et du nez <sup>(1)</sup>.

La solution antiseptique la moins dangereuse, et la plus facile à supporter, est l'eau boriquée tiède à 40/1000.

Plusieurs fois par jour (au minimum une fois le matin, une fois le soir) les malades se gargariseront, les veilleurs de nuit auront l'ordre de continuer dans les formes confluentes.

Dans les cas d'angine confluyente, il faut, pendant ces irrigations, faciliter l'expulsion des mucosités qui obstruent les fosses nasales et remplissent l'arrière-gorge. Avec des tampons humides de coton aseptique montés sur des pinces, on va extraire au fond de la gorge, sur la langue, dans les sillons labio-gingivaux et glosso-gingivaux, les viscosités épaisses qui s'y accumulent, puis l'on termine par une nouvelle gargarisation.

On rendra perméables les orifices des fosses nasales, en faisant sauter ou en extirpant avec les pinces les bouchons desséchés qui les obstruent. Pour éviter l'excoriation de la peau, on aura soin de les détremper à l'eau boriquée tiède.

L'irrigateur de Weber, ou celui de M. Duplay, avec un seau Wolkman suspendu à 0,50 cm. au-dessus du lit, donne d'excellents résultats. Dans une salle de varioleux plusieurs embouts caoutchoutés sont nécessaires.

1. Le Gendre. Soc. méd. des hôp. de Paris, novembre 1895.

Chaque lavage naso-pharyngien doit être *copieux* (1 litre à 1 litre 1/2), de *cinq minutes au moins* pour chaque séance. Il faut les *renouveler fréquemment* dans la journée; et la nuit, et *chaque fois nettoyer les cavités nasale et buccale*.

Comme on peut le supposer, ce n'est pas une des moindres occupations de l'infirmier de salle ou du garde-malade.

Malgré le peu d'attrait de ces irrigations, on ne saurait être plus encouragé par les résultats obtenus. C'est un *palliatif* puissant dans la variole; le patient, la bouche rafraîchie par le lavage, se plaint moins de sa gorge; ses fosses nasales, libérées de leurs mucosités, lui laissent une respiration plus libre, et pendant quelques instants, sous sa tête de Méduse, il paraît satisfait, et suivant l'expression, sourit encore à l'espérance.

D'ailleurs ces lavages antiseptiques répétés *facilitent la rétrocession rapide de l'inflammation*. Par eux, en effet, on évite les complications de l'angine variolique : les amygdalites suppurées, les abcès pharyngiens deviennent plus rares et plus bénins; par eux on prévient l'infection de la trompe d'Eustache, les otites moyennes et les mastoïdites consécutives. Du côté de ces cavités, au moindre signal de suppuration, il faut intervenir immédiatement sous peine de complications plus graves : ouvrir l'abcès pharyngien, perforer le tympan, trépaner l'antre mastoïdien suivant le cas.

Les *lavages de l'oreille externe* devront toujours coïncider avec l'ouverture de la caisse du tympan, pour faciliter l'écoulement du pus à l'extérieur.

*L'œdème péri-amygdalien du début* (période d'éruption)

n'est pas grave, il disparaît rapidement par les soins antiseptiques. S'il apparaît un peu plus tard, dans la période de dessiccation, la suppuration le suit fréquemment et l'ouverture par le bistouri est nécessaire, soit à l'extérieur par la région parotidienne, soit à l'intérieur au voisinage de l'amygdale.

Quant aux *ulcérations superficielles* qui, pendant la période de dessiccation, viennent découper en feuilles de chêne la muqueuse bucco-pharyngée, malgré leur tendance à s'étendre surtout à l'arrière-gorge elles disparaissent facilement par les attouchements journaliers à l'eau oxygénée.



## CHAPITRE X

### OBSERVATIONS

#### OBSERVATION 87 (personnelle).

Service de M. le D<sup>r</sup> Coste. — Hôpital de la Conception (1).

*Erythème morbilloux envoyé par erreur aux Varioleux. —  
Variole consécutive après un séjour de quinze heures. —  
Observation du début.*

S. P., 25 ans, cuisinier, originaire d'Espagne. Vacciné en bas âge, non revacciné.

Le samedi 20 avril 1895. Brusque céphalalgie, nausées, rachialgie, douleur angineuse, peu de catarrhe des muqueuses, très légère bronchite les jours suivants. Fièvre.

Le 24 avril au soir (4<sup>e</sup> jour des prodromes). Un érythème morbilliforme envahit la face et tout le tronc. Toujours quelques nausées.

1. Toutes les observations qui suivent ont été prises par nous-même à l'hôpital de la Conception (Marseille), dans le service de M. le D<sup>r</sup> Coste (Varioleux — Hommes et enfants au-dessus de 15 ans). Les malades suivis en dehors de la variole l'ont été aussi par nous, dans les autres salles de médecine du service de M. le D<sup>r</sup> Coste.

Ne pouvant consigner ici toutes nos 819 observations de variole, dont l'exposé serait des plus fastidieux, nous avons choisi dans le nombre les cas qui nous avaient paru les plus intéressants lors de l'apparition des phénomènes varioliques à l'arrière-gorge.

Dans chaque observation, nous n'avons mentionné ici que les notes intéressant l'angine variolique.

Le 25 *avril*, le malade se présente à l'hôpital de la Conception, il est dirigé vers la salle des varioleux (Sainte-Marguerite).

Lors de notre contrevisite dans la salle, nous le trouvons au n° 5 : Son corps est totalement couvert par l'érythème morbilloux, saillant en petites élevures boutonneuses (rougeole boutonneuse), mais beaucoup moins sensibles au doigt que les papules de la variole (signe de l'aveugle).

A l'auscultation des poumons, râles ronflants.

A l'inspection de la gorge : amygdales enflammées, très légère rougeur sur le voile, où font saillie les glandules de la muqueuse, pas de macules, ni de papules varioliformes (or nous étions au 5<sup>e</sup> jour de la maladie).

Température axillaire, 38°6.

26 *avril*. A la visite du matin, le malade présente les mêmes symptômes, mais plus exagérés.

Toujours rien de variolique à la gorge (6<sup>e</sup> jour).

Température axillaire, 37°2 ; le soir 37°8.

Le malade est transporté dans une salle de médecine (Saint-Honoré, n° 25), après quinze heures de séjour à Sainte-Marguerite).

Il est isolé, maintenu au repos, au régime lacté, et observé journellement deux fois.

27 *avril*. T. m. 37°, T. s. 37°2.

L'éruption morbillieuse pâlit et disparaît progressivement.

Toujours rien de variolique à l'arrière-gorge.

L'examen des urines signale des urates en quantité, et 50 centig. d'albumine.

Du 27 *avril* au 6 *mai*. Température normale.

Aucun accident morbide. Le malade voudrait sortir. A mesure que l'on approche de la date possible des manifestations varioliques, l'examen du sujet devient plus répété et plus complet.

Le 6 mai. Le malade signale quelques douleurs de tête qui donnent l'éveil, vers les 6 heures du soir (c'est le 11<sup>e</sup> jour depuis sa sortie des varioleux).

T. m. 36°8, T. s. 36°8.

7 mai (12<sup>e</sup> jour d'observation).

A 9 heures du matin, céphalalgie intense, nausées et vomissements.

Température axillaire marque 37°.

Devant l'apparition de ces prodromes, la *température rectale* est prise toutes les heures. Le malade est examiné presque chaque fois, et nous notons les phénomènes à mesure qu'ils se produisent.

A midi, température rectale, 39°, courbature.

A 4 heure du soir, 38°4.

A 2 heures 38°6.

A 3 — 38°5.

A 4 — 38°7, violent frisson.

A 5 — 39°3.

A 6 — 39°5, vomissements.

A 7 — 39°6.

A 8 — 38°6.

A 9 — 38°5.

A 10 — 38°7, quelques macules douteuses sur le voile.

A 11 — 39°6, vomissements.

A minuit 39°5.

8 mai, 3<sup>e</sup> jour des prodromes, 13<sup>e</sup> jour depuis son séjour aux varioleux.

3 heures du matin, 39°6.

6 — 39°5, début de l'éruption.

Légères macules sur la face, et au voile du palais maculo-



papules se détachant en petites zones rougeâtres plus foncées sur la muqueuse palatine.

A 9 heures, 39°8.

Macules et papules saillantes disséminées sur les lèvres, les joues, le front et sur la région dorsale.

Au voile du palais, nombreuses papules nettement isolées les unes des autres, un peu de rougeur sur le bord des piliers.

Le malade se plaint beaucoup de la tête et d'une rachialgie intense siégeant *en plastron au niveau des dernières vertèbres dorsales* (la douleur s'irradie ensuite dans les deux cuisses).

Vive douleur à la région splénique (spontanée et provoquée). La percussion y délimite une zone de matité de 8 centim. de large sur 12 de hauteur.

Constipation opiniâtre. Langue saburrale. Albumine 0,50. Pouls 120.

Le malade passe de nouveau aux varioleux à 11 heures du matin.

A midi, T. 39°2.

A 3 heures du soir, 39°8.

A 6 heures, 40°, les papules cutanées sont très-nombreuses et très-nettes.

9 mai (4<sup>e</sup> jour des prodromes).

T. m. 40°6, T. s. 40°5. Pouls 130.

Les papules sont déjà vésiculeuses à la gorge.

Celles du corps se multiplient, mais sont encore papuleusées.

10 mai (5<sup>e</sup> jour). T. m. 40°3, T. s. 40°3. Pouls 112.

La surface cutanée est couverte de vésicules ombiliquées.

A la gorge, nombreuses vésicules dont quelques-unes se sont déjà déchirées. Ptyalisme.

11 mai (6<sup>e</sup> jour). T. axillaire, M. 38°5, S. 38°4.

12 mai (7<sup>e</sup> jour). T. axillaire, M. 38°4, S. 38°1.

La figure enfle bien. Parmi les papulo-vésicules de la surface cutanée, un grand nombre avortent et restent comme des grains de semoule disséminés dans le reste de l'éruption.

14 mai (9<sup>e</sup> jour). La température remonte à 40°.

La suppuration commence à la face. — Pouls 120.

A la gorge, toutes les vésicules sont déchirées. Les mucosités encombrant la cavité buccale.

15 mai (10<sup>e</sup> jour). T. m. 38°6, T. s. 38°7.

Deux épistaxis dans la journée.

16 mai (11<sup>e</sup> jour). T. m. 38°, T. s. 38°4.

La dessiccation des pustules commence sur le corps.

De nombreuses pustules ont avorté.

17 mai. T. m. 38°2, T. s. 38°3.

Toute trace d'angine variolique a disparu. La muqueuse bucco-pharyngée reste lisse, brillante, couverte de quelques mucosités desséchées. La langue, encore fuligineuse, se dépouille progressivement de ses couches épithéliales.

Le malade eut une convalescence des plus accidentées. Il eut de nombreux abcès vers le 20 mai, un brusque érythème à la face, avec 40°5 ; le 31 mai, une parotidite droite ; le 2 juin, un érysipèle de la face ; le 3 juin, une parotidite gauche, puis, dans la suite, de nombreuses collections purulentes dans le cuir chevelu et sur le corps.

Néanmoins, il sortit guéri, mais fortement grêlé et balafré, le 6 juillet 1895.

#### OBSERVATION 96 (personnelle).

Service de M. le Dr Coste. — Hôpital de la Conception.

*Début de variole observée après une éruption morbillieuse.*

M. Y. O., 24 ans, originaire d'Espagne, cuisinier, vacciné en bas âge, non revacciné.

Entré le 8 mai 1895 à la salle Ste Marguerite (*Varioleux*), à 6 heures du soir (*erreur de diagnostic*).

Fatigué depuis le 3 mai : Quelques symptômes généraux, et catarrhe des muqueuses : enchifrènement, larmolement. Ces phénomènes persistent jusqu'au lundi 6 mai, date à laquelle, après l'application d'un thapsia dans la région dorsale, tout autour de la révulsion, apparut une *éruption papuleuse* qui s'étendit à la face et aux bras. En même temps, se présentent du larmolement, de la douleur à la déglutition, et quelques quintes de toux.

L'éruption s'accroît de plus en plus jusqu'à son entrée à l'hôpital, où les phénomènes généraux, la température (axillaire 38°7), l'état papuleux de l'éruption le firent placer aux Varioleux.

A ce moment, lors de notre contrevisite, le malade présentait des phénomènes catarrhaux assez accentués ; dans les deux poumons, l'auscultation révélait de nombreux râles ronflants et sibilants. Son éruption (*5<sup>e</sup> jour de la maladie*) était double : tout d'abord il existait presque sur tout le corps, de nombreuses rougeurs diffuses arrondies, peu saillantes, douces au toucher, de la largeur d'une pièce de vingt sous, bref avec les caractères d'une éruption morbillieuse. Sur la face, dans la région dorsale et sur les deux épaules, une autre éruption plus saillante, à éléments rugueux très rapprochés, déjà vésiculeux ; celle-ci paraissait due à l'application du thapsia. Sur les muqueuses du voile du palais et du pharynx, rougeurs diffuses, amygdalés enflammées, pas d'éléments éruptifs proéminants (*5<sup>e</sup> jour*).

9 mai. T. m. 37°. L'éruption ne s'est pas modifiée. A la gorge de l'inflammation seulement. — Râles de bronchite.

Le malade est transporté dans une salle de fiévreux (salle



Saint-Honoré) à 10 h. 1/2 du matin; ayant séjourné 16 heures dans la salle des varioleux.

10 mai. Il fut isolé dans la salle et surveillé pendant tout son séjour. Régime lacté, diurétiques. Repos au lit.

Du 9 mai au 16 mai, les éléments éruptifs pâlirent et disparurent rapidement. Rien ne se manifesta sur les muqueuses. Le malade, complètement remis, ne demandait qu'à se lever et à quitter la salle. — Quelques douleurs, puis otorrhée dans l'oreille gauche vers le 15 mai.

Malgré son désir de sortir, nous pûmes le convaincre d'attendre dans les mêmes conditions encore quelques jours au cas où la variole se manifesterait.

16 mai. (8<sup>e</sup> jour depuis son entrée aux varioleux).

T. m. 36°9. — T. s. 37°6.

La température ne s'est jamais élevée pendant toute cette période d'observations à St-Honoré. — Gorge = 0.

17 mai. (9<sup>e</sup> jour). T. m. 36°9.

Le malade présente quelques rougeurs diffuses sur la muqueuse palatine postérieure; elles disparaissent d'ailleurs par des inspirations profondes.

T. s. 37°2.

Le malade, en plus de son otalgie persistante, se plaint depuis trois heures de l'après-midi de *céphalalgie croissante* et de *légères douleurs dans les reins*.

Pas d'éruption cutanée, les rougeurs de la muqueuse palatine sont moins sensibles.

18 mai. (10<sup>e</sup> jour de son entrée aux varioleux.)

T. m. 37°5, s'est donc un peu élevée.

La *céphalalgie* est bien plus forte que la veille. Quelques *nausées* dans la nuit. La *rachialgie* n'est pas très accentuée; seulement une sensation de lassitude.

Aucun élément éruptif ne se montre sur la surface cutanée.

*A la gorge* : sur le voile du palais, la luette et le pilier droit : saillies glandulaires.

Cependant devant l'apparition de ces phénomènes généraux, le malade est isolé des autres de la salle. *Sa température rectale* est prise *toutes les trois heures* jusqu'au lendemain 19 mai à midi, où *elle est prise toutes les heures*.

L'examen de la surface cutanée et de l'arrière-gorge est fait très souvent *par nous-même*, le jour et la nuit ; aux heures où quelques modifications se présentent dans l'aspect général, nous notons immédiatement les moindres détails.

Le thermomètre marque dans le rectum :

A 3 heures du soir 38°8.

A 6 — 39°5.

A 9 — 39°8.

A minuit 39°4.

La rachialgie a presque disparu.

Pas d'éruption cutanée, ni muqueuse.

19 mai. (*Troisième jour des prodromes*). *Température rectale* :

A 3 heures du matin 39°1.

A 6 — 39°, la rachialgie recommence.

A 9 — 39°, pas d'éléments éruptifs, léger rash morbilliforme sur la peau.

A midi 39°2.

A 1 heure du soir 39°5, légère constriction à la gorge, pas d'éruption, ni d'inflammation.

A 2 heures du soir 39°8.

A 3 — 39°4.

A 4 — 39°2. *A la gorge*, quelques macules apparaissent : arrondies, groupées sur les piliers, elles leur donnent une rougeur irrégulière. Une papule très nette s'est formée à la base de la luette.

*Sur le corps, pas de rash bien net, quelques macules douteuses disséminées.*

A 5 heures du soir 40°3.

A 6 — — 40°5.

A 7 — — 40°7, de nombreuses papules se dessinent à la gorge.

A 8 — — 40°7.

A 9 — — 40°6, sur le corps, macules nouvelles.

A 10 — — 40°3, l'éruption muqueuse est déjà tout entière au stade papuleux.

L'éruption cutanée ne présente que des macules disséminées sur les avant-bras, la face et les cuisses. Non sensibles au toucher.

Le malade se sent mieux, les phénomènes prodromiques ont cessé. Transpirations profuses.

A 11 heures du soir 40°2.

A minuit — 40°.

20 mai (4<sup>e</sup> jour depuis le début des prodromes).

Température :

A 1 heure du matin 39°7.

A 2 heures — 39°9.

A 3 — — 39°6.

A 4 — — 39°6, légère céphalalgie.

A 5 — — 39°, douleur à la déglutition. Les papules bucco-pharyngées sont en plus grand nombre. Il en existe plusieurs à la base des piliers (ce qui explique la douleur à la déglutition bien que l'inflammation ne soit pas considérable à l'arrière-gorge).

*Sur la peau, de nombreuses macules mouchettent la coloration saumonée de la poitrine et de la face.*

Toujours transpirations profuses.



A 6 heures du matin 39°1.  
A 7 — 38°9; les macules cutanées sont  
appréciables au doigt (*papules*).  
A 8 heures du matin 38°8.  
A 9 — 39°1.  
A 10 — 38°9, l'éruption variolique est évi-  
dente (*papules*).

Le malade ayant été transporté aux varioleux dans la mati-  
née, nous avons continué la température toutes les heures,  
et l'observation chaque fois.

A 11 heures du matin 38°7.  
A midi 38°7.  
A 1 heure du soir 38°8.  
A 2 heures — 39°.  
A 3 — 39°1.  
A 4 — 39°.  
A 5 — 38°8.  
A 6 — 38°7, l'éruption cutanée est peu abon-  
dante, *encore papuleuse*.  
A 9 — 39°. A la gorge, quelques têtes blan-  
ches vésiculaires apparaissent sur le voile.

Seulement papules sur le corps:

A minuit 38°1.  
21 mai (5<sup>e</sup> jour). Température rectale :  
A 3 heures du matin 38°2.  
A 6 — 38°2.  
A 9 — 38°3.  
A midi 38°7.  
A 3 heures du soir 39°1, la température s'est élevée pro-  
gressivement sans incidents.  
A 6 — 38°6.  
L'éruption cutanée et muqueuse n'augmente plus depuis la

veille au soir ; elle comprend donc actuellement une vingtaine de *vésicules* à la voûte palatine, une dizaine au pharynx. *Sur le corps*, elle est discrète, encore *papulo-vésiculeuse*.

22 mai (6<sup>e</sup> jour).

La température est normale à 36°8 et 37°2.

L'éruption cutanée est vésiculeuse le soir.

23 mai (7<sup>e</sup> jour). T. m. 36°8. T. s. 37°5.

Les vésicules à la voûte palatine se sont déchirées, celles du pharynx prennent une teinte jaunâtre de suppuration.

25 mai (9<sup>e</sup> jour). T. m. 37°2. T. s. 37°3.

*Plus rien à la gorge.*

*Sur le corps* : Les vésicules cutanées, restées petites avec une ombilication peu marquée, ont tendance à suppurier.

Du 26 mai au 20 juin 1895. La variole évolue *discrète abortive, sans fièvre, ni suppuration*.

Comme particularités d'observation, le malade a présenté le 11 juin et le 20 juin, *deux poussées d'urticaires* à la suite des bains antiseptiques sublimés tièdes.

Il sort complètement *guéri* le 20 juin 1895.

#### OBSERVATION 118 (personnelle).

Service de M. le D<sup>r</sup> Coste.

*Variole confluyente. — Observation de l'éruption muqueuse au début. — Décès.*

P... Angelo, 13 ans, originaire d'Espagne, cuisinier, non vacciné, entre le 27 juillet 1895 à la salle Sainte-Marguerite, n° 25.

Depuis 3 jours pleins, il manifeste des prodromes varioli-

ques très accentués : céphalalgie, rachialgie, vomissements, fièvre voisine de 40°.

A son entrée (27 juillet), *fin du 3<sup>e</sup> jour* : quelques *macules varioliques* apparaissent sur le corps, très rapprochées au visage. — L'examen de la gorge, à la simple lumière d'une bougie avec une cuiller comme miroir, décele de nombreuses *papules*, confluentes par leur base, sur la muqueuse du voile du palais, des amygdales et du pharynx. Ce sont de courtes éminences rouges très rapprochées donnant à la muqueuse un aspect mûriforme.

Le malade se plaint de la douleur pour avaler toute la nuit suivante. — Sa température axillaire se maintient près de 40°.

28 juillet (4<sup>e</sup> jour). — Les macules sur la surface cutanée sont toutes devenues papuleuses; elles sont *excessivement confluentes*, comme d'ailleurs à la gorge, où quelques-unes commencent déjà à blanchir. — Pas de *grains de tabac*.

Températ. axillaire : matin, 39°9 ; soir, 40°3.

29 juillet. La température est descendue à 37°5.

Le malade se sent mieux, surtout, dit-il, depuis que plusieurs saignements de nez dans la nuit ont fait passer ses douleurs de tête.

Quelques hémorrhagies secondaires se font déjà dans les vésicules cutanées et muqueuses. Chacune d'elles s'entoure d'un cercle violacé (5<sup>e</sup> jour). T. S., 38°4.

30 juillet. T. M., 37°5 ; T. S., 37°.

La variole évolue en très confluyente ; l'éruption sort mal ; les vésicules se flétrissent et restent aplaties.

31 juillet. T. M., 38°2 ; T. S., 37°.

Le gonflement de la face et des extrémités se fait mal.

L'éruption vésiculeuse reste aplatie, et prend la teinte *graisse blanchê* de pronostic grave.



1<sup>er</sup> août. T. M., 39°2 ; T. S., 39°6.

A la gorge : les vésicules ont toutes éclaté depuis 2 jours ; les débris de pellicules persistent au milieu des mucosités desséchées qui obstruent l'arrière-gorge.

Le malade fait de la congestion pulmonaire à la base droite.

2 août. T. M., 39°9 ; T. S., 40°3.

Congestion pulmonaire très accentuée à droite.

Le cœur est toujours bon.

Albumine dans les urines.

3-4 août. L'éruption reste toujours affaissée.

La congestion envahit les deux bases pulmonaires.

Le malade meurt le 4 août, à 8 heures du soir, avec une température de 40°2.

#### OBSERVATION 20 (personnelle).

*Urticaire envoyé aux varioleux. — Contamination. — Observation du début de la variole.*

J. C., 20 ans, journalier à Marseille ; vacciné jeune, non revacciné.

31 janv. 1895. Malade depuis 3 jours, entre aux varioleux avec une éruption ortiée sur la poitrine, la face et les bras ; angine et légère courbature ; pas de papules varioliques au voile du palais. <sup>0</sup>. 36°8.

1<sup>er</sup> fév. Le malade passe à St-Honoré (médecine).

3 fév. L'urticaire et le prurit persistent.

4 fév. Desquamation furfuracée, prurigineuse.

6 fév. Prurit intense aux points desquamés.

7 fév. Le malade, laissé jusqu'ici au régime lacté, avec

*diurétiques*, est mis au régime du 1/4. Quelques petits maux le 8 fév. au soir (9<sup>e</sup> jour).

9 fév. Le malade, *entré à l'hôpital depuis 10 jours*, et au 13<sup>e</sup> jour de sa maladie, présente de l'angine, de la rachialgie et de la céphalalgie. — t. matin, 37°9 ; soir, 38°9. *Gorge normale*, macules ?

10 fév. (3<sup>e</sup> jour des prodromes). Le malade, à 9 heures du matin, présente une *belle éruption variolique* sur le corps et à la gorge. Il revient à Sainte-Marguerite (varioleux). — t. 39°5 ; soir, 40°2.

11 fév. Variole confluente : petits boutons très nombreux. — t. matin, 40° ; soir, 40°4.

12 fév. t. matin, 39°2 ; soir, 39°5.

13 fév. Bouffissure de la face très marquée ; épistaxis. — t. matin, 38°4 ; soir, 38°6.

14 fév. t. matin, 37°8 ; soir, 39°.

15 fév. La période de suppuration commence. — t. matin, 36°8 ; soir, 39°6.

16 fév. Un peu de bronchite. — t. matin, 38°4 ; soir, 39°.

18 fév. Plus rien à la gorge. — Aspect luisant de la muqueuse.

19 fév. La desquamation se fait bien. — t. 37°5 ; elle se prolonge avec un peu de bronchite jusqu'au milieu de mars.

16 mars. Le malade sort guéri.

#### OBSERVATION 545 (personnelle).

*Variole confluente hémorrhagique secondaire. Décès au 11<sup>e</sup> jour.*

*Ste-Adélaïde, n° 21. — R... C..., 20 ans, pêcheur, Français, non vacciné, entré aux varioleux le 30 décembre 1895.*

Au 6<sup>e</sup> jour de la maladie, il présente une éruption variolique confluente à la face et à la gorge.

Température matin, 39°7 ; soir, 39°9.

31 décembre. T. m. 39°5.

Dans la nuit, plusieurs hémorrhagies se sont faites dans les visicules de la voûte palatine, et dans quelques boutons de la surface cutanée.

T. s. 39°8. Grains de tabac nombreux à la gorge.

1<sup>er</sup> janvier 1896. T. m. 39°1.

L'éruption cutanée sort difficilement, elle prend une teinte violacée de fâcheux présage.

Le malade tousse beaucoup.

Gorge : mêmes signes qu'hier.

T. s. 39°5.

2 janvier. T. m. 39°.

Le malade expectore quelques crachats sanguinolents.

Zone de congestion à la base droite.

Faciès violacé.

Gorge : les pustules se sont déchirées (hémorrhagies).

T. s. 39°3.

Les douleurs de reins recommencent.

3 janvier. T. m. 38°5.

Dyspnée intense. Bronche pneumonie double.

T. s. 38°5.

4 janvier. T. m. 38°. T. s. 40°3. Décès au 11<sup>e</sup> jour.

#### OBSERVATION 704 (personnelle).

*Variole hémorrhagique primitive. Rash très étendu. Hémorrhagies intravésiculaires à la gorge. Décès.*

*Ste-Emilie, n° 17. — T... G..., 17 ans, menuisier, Fran-*



çais, vacciné en bas-âge, revacciné avec succès en 1889 (7 ans avant).

Rhumatismes articulaires il y a 6 ans.

Brusques prodromes le 15 février 1889, pendant son travail, phénomènes généraux très accentués.

Rash purpurique au bas-ventre dès le soir du 15.

Vomissements incoercibles jusqu'au 17 février. Temp. 40°.

18 février. Eruption variolique remarquée seulement ce matin.

Le rash purpurique s'est étendu sur tout le bas-ventre, la face antérieure et interne des deux cuisses, les côtés du tronc, les aisselles et la face antérieure des bras.

Sur la muqueuse bucco-pharyngée : éruption très abondante se manifestant par de nombreux points blancs et rouges (vésicules et papules).

Température matin, 39°9, soir 40°4.

19 février (5<sup>e</sup> jour). Le malade est anxieux, très agité. Il conserve toute sa connaissance, a conscience de la gravité de son état.

Matin, température 39°7.

A l'examen de la gorge deux petits grains de tabac à la base de la luette.

Soir, température 40°4.

20 février. T. m. 38°9. Le rash purpurique, au lieu de rétrocéder, a envahi toute la face postérieure du tronc.

Les pustules cutanées paraissent à peine sur ce fond violacé.

Quelques filets sanguinolents dans les crachats. Haleine fétide.

T. s. 38°9.

21 février. A la gorge : grains de tabac très nets.

T. m. 38°5. Teinte cyanique du rash.

T. s. 38°6. Des cloques se forment au lieu des vésicules.

22 février. T. m. 39°1. Soir 40°2. Décès.

OBSERVATION 490 (personnelle).

*Variole hémorrhagique primitive. — Hémorrhagies intrapapulaires au voile du palais (5<sup>e</sup> jour). — Décès au 8<sup>e</sup> jour.*

(Sainte-Adélaïde, n<sup>o</sup> 23).

H. J..., 34 ans, Français, employé de commerce; vacciné en bas-âge, non révaciné.

Dans ses antécédents, hydarthrose au genou gauche il y a une dizaine d'années.

Fatigué depuis le mercredi 11 décembre 1895 dans la matinée; céphalalgie, fièvre, courbatures, vomissements après boire.

Les mêmes symptômes s'exagèrent dans les journées du 12 et du 13.

13 décembre. Hoquet incoercible depuis midi.

Un rash purpurique ecchymotique envahit progressivement les aines et les épaules.

Pas encore d'éruption variolique sensible. Elle n'apparaît qu'à dans les journées suivantes.

15 décembre. Entrée à l'hôpital (5<sup>e</sup> jour).

T. S., 39°1.

Eruption confluyente *sur le corps*, à peine sensible au doigt sous le voile ecchymotique qui a envahi tout le tronc et les membres.

*A la gorge*: confluence des papulo-vésicules.

2-3 points ecchymotiques et G. de T.

16 décembre (6<sup>e</sup> jour). T. M., 38°9.

Le malade a eu le hoquet toute la nuit.

Les mêmes signes persistent, le rash s'étend de plus en plus.

T. S., 39°.

17 décembre (7<sup>e</sup> jour). T. M., 38°7.

L'éruption cutanée sort toujours difficilement.

Les nombreuses pétéchies se produisent à la face et sur le corps. A la gorge : ecchymose sous-muqueuse.

Hémorrhagies sous-conjonctivales.

T. S. 39°2. *Respiration soufflante base droite.*

18 décembre (8<sup>e</sup> jour). Hémorrhagie par toutes les muqueuses. Sang dans les crachats, les urines, les vomissements.

*Décès à 10 heures en pleine connaissance.*

OBSERVATION 708 (personnelle).

*Variole hémorrhagique. — Décès.*

(Sainte-Adélaïde, n° 21).

B. J., 57 ans, Français ; vacciné à l'âge de 21 ans, non revacciné.

Entré aux varioleux le 20 février, au 8<sup>e</sup> jour de la maladie.

*Rash purpurique très étendu.*

Sur la *surface cutanée* : l'éruption variolique est à peine saillante ; elle se distingue seulement en quelques régions (avant-bras) par de petites vésicules remplies de sang.

*A la gorge* : nombreux grains de tabac.

Le malade a un faciès d'hémorrhagie interne.

Températ. matin, 37°1.

Décès dans la soirée du même jour.



OBSERVATION 728 (personnelle).

*Variole hémorrhagique primitive. — Hémorrhagies sous-muqueuses et intra-vésiculaires au 6<sup>e</sup> jour. — Décès au 9<sup>e</sup> jour.*

(Sainte-Adélaïde, n<sup>o</sup> 14).

M. L..., 54 ans, marin, Français.

Vacciné en bas-âge, n'a jamais été revacciné.

Accès paludéens au Sénégal, il y a un mois.

Brusques prodrômes varioliques le 20 février 1896 : frissons violents, céphalalgie, rachialgie, fièvre.

21 février. Les prodrômes s'exagèrent.

Un rash hémorrhagique apparaît progressivement sur l'abdomen et le thorax.

24 février (4<sup>e</sup> jour). A son entrée dans la salle des varioleux, le malade présente sur le corps une éruption variolique datant de la veille au soir. — Un rash très étendu couvre de ses placards ecchymotiques la majeure partie du corps.

A la gorge : hémorrhagie sous-muqueuse à la voûte palatine.

*Grains de tabac* dans les papules confluentes en arrière.

26 février. Brusque œdème de la paupière inférieure gauche.

Hémorrhagies sous-conjonctivales.

L'éruption cutanée sort difficilement ; c'est à peine si elle donne une sensation râpeuse sous le doigt. Le rash hémorrhagique est devenu ecchymotique.

Température du soir, 39°1.

27 février. T. M., 39°. Souffle au sommet droit.

T. S., 38°9.

28 février. T. M., 39°4. Décès.

OBSERVATION 717 (personnelle).

*Variole hémorrhagique. — Pronostic fatal porté par l'angine.  
Décès au 8<sup>e</sup> jour.*

(Sainte-Adélaïde, n<sup>o</sup> 29).

T. P..., 20 ans, journalier, Français. Vacciné en bas-âge, non revacciné.

*Prodrômes* le 19 février.

*Eruption variolique* sortie le vendredi 21 février 1896, très abondante sur le corps et à la gorge. Rash hémorrhagique sur le bas-ventre et les parties latérales du tronc.

23 fév. 1896 (5<sup>e</sup> jour). Températ. du matin, 39°9.

Sur les gencives, le liseré de Comby existe des plus nets.

Températ. du soir, 39°2.

Eruption très confluyente sur la muqueuse palatine.

24 février (6<sup>e</sup> jour). T. M., 37°6.

Vomissements continus. Délire.

Haleine fétide, odeur de sang, bien que le malade n'en ait pas encore expectoré.

A l'examen de la gorge : nombreux G. de T. à l'arrière-gorge. Un pronostic fâcheux est porté.

Températ. du soir, 38°9.

Obscurité à la base droite.

Toujours des hémorrhagies intrapapulo-vésiculaires à la gorge.

25 février (7<sup>e</sup> jour). Températ., 39°1, 39°3.

Le malade délire et présente de la dyspnée.

Quelques hémorrhagies sous-cutanées se produisent.

26 février (8<sup>e</sup> jour). Températ. matin, 39°4.

Décès dans la soirée.

OBSERVATION 749 (personnelle).

Service de M. le D<sup>r</sup> Coste.

*Variole à phénomènes généraux très intenses, à rash hémorrhagique très étendu et persistant. — Par l'absence des hémorrhagies papulo-vésiculaires au début de l'angine (pas de grains de tabac), un pronostic plus bénin est porté. — La variole évolue en confluent et guérit. — Après plusieurs poussées intermittentes que chaque fois la muqueuse bucco-pharyngée avait signalées.*

F. B., 18 ans, journalier, Italien, vacciné jeune, non revacciné, entre aux varioleux (salle Sainte-Adélaïde, n° 15), le 13 mars 1896.

Fatigué depuis le 8 mars : fièvre et céphalalgie violente, forcé de travailler le 8 et le 9, le malade ne put se soutenir le 11 au soir, il se couche avec des courbatures, des vomissements, de la céphalalgie et de la fièvre.

A ce moment, rougeur généralisée sur le corps, pas de douleur à la gorge, mais enchifrènement et éternuement.

12 mars. L'érythème, morbilliforme hier, se fonce de plus en plus, il est scarlatiniforme aujourd'hui. Trois épistaxis dans la journée. A la gorge, on peut distinguer sur le fond, déjà très rouge, de la muqueuse, quelques papules saillantes.

Sur le corps, quelques macules viennent moucheter sur la poitrine et la face le fond rouge du rash.

13 mars. Entre dans la salle des varioleux.

Le rash est presque hémorrhagique, avec des zones plus sombres pétéchiiales.

Sur le corps, éruption maculo-papuleuse bien plus abondante.



Gorge : teinte rubéolique du voile.

Mais papules et vésicules varioliques au pharynx.

Pas de *grain de tabac*.

Temp. axill. du soir 39°6.

14 mars. T. m. 38°4. Deux autres épistaxis dans la nuit.

Les pétéchiies et le rash hémorrhagique se dessinent sur le fond érythémateux scarlatiniforme, rouge framboisé.

T. s. 39°1. De nouvelles taches pétéchiales se dessinent dans le rash et même à la gorge. Toujours céphalalgie interne (5<sup>e</sup> jour).

15 mars (6<sup>e</sup> jour). La teinte violacée de la voûte palatine antérieure existe toujours. Une petite hémorrhagie intrapustulaire en haut, mais pas de G. de T. vrai.

T. m. 39°.

T. s. 39°5, le rash se flétrit légèrement, mais existe toujours.

16 mars (7<sup>e</sup> jour). T. m. 38°2. Le rash se flétrit légèrement, les taches pétéchiales diminuent de largeur, deviennent un peu papuleuses.

L'éruption cutanée évolue moyenne.

Gorge : pas de G. de T.

T. s. 38°7. Le malade se sent bien mieux.

17 mars (8<sup>e</sup> jour). T. m. 37°3.

Le rash existe toujours, mais se flétrit en petites taches.

Tendance aux hémorrhagies tertiaires aux extrémités.

A la gorge, il n'existe plus que quelques pustules à la partie antérieure.

Le signe de Comby (rougeole) existe très net.

T. s. 37°.

18 mars (9<sup>e</sup> jour). T. m. 37° Eruption en dessiccation.

Petites cicatrices violacées sur la partie antérieure de la voûte palatine.

T. s. 37°3. Le rash a presque totalement disparu.

19 mars (10<sup>e</sup> jour). T. m. 36°7.

Gorge : Six à huit petites cicatrices violacées, mais n'ayant pas aspect de G. de T.

T. s. 36°9.

20 mars (11<sup>e</sup> jour). T. m. 36°7. Les cicatrices palatines persistent. Une vésicule nouvelle sur le voile, à droite, et une autre sur l'amygdale droite.

T. s. 36°7.

21 mars (12<sup>e</sup> jour). T. m. 36°4.

*Nouvelle poussée vésiculeuse sur le voile et au pharynx, 3-4.*  
Sur le corps, le rash persiste encore quelque peu. Au milieu des premières pustules desséchées, une nouvelle poussée variolique d'une *douzaine de boutons disséminés*, s'est faite.

T. s. 36°7.

22 mars. T. m. 37°, s. 37°1.

23 mars. Restent trois vésicules au voile. T. 37° et 37°2.

24 mars. Une pustule déchirée au voile. Dessiccation complète sur le corps.

Du 25 mars au 23 avril (jour de la sortie). Convalescence normale sans température.

*Nouvelle poussée à la gorge et sur le corps vers le 1<sup>er</sup> avril.*

Quelques abcès. Les croûtes des poussées secondaires ont tardé à tomber.

#### OBSERVATION 716 (personnelle).

Service de M. le D<sup>r</sup> Coste.

*Variole très discrète chez un revacciné depuis cinq mois.*

Salle Sainte-Eugénie, n° 2.

L. R., 22 ans, boulanger, Italien, A été vacciné quatre

*fois et toujours avec succès* : la première fois étant en nourrice, deux autres fois avant 20 ans ; enfin, tout dernièrement, au mois d'août 1895, lors de son service militaire en Italie, le vaccin a encore pris.

Sur les bras et avant-bras, on peut compter de nombreuses cicatrices gaufrées caractéristiques, au moins dix de chaque côté.

Le 22 février 1896, le sujet se présente à la Conception.

Depuis cinq jours, il manifeste les prodromes habituels de la variole.

Une éruption très discrète, mais à éléments varioliques (déjà papulo-vésiculeux), a débuté sur le corps depuis deux jours.

A la gorge (5<sup>e</sup> jour) : sur le voile et la voûte palatine antérieure, rien de bien net ; sur les amygdales et le *pharynx*, l'abaisse-langue découvre des éléments varioliques vésiculopustuleux persistant encore sur la muqueuse. Au nombre de 6 à 8, chacun d'eux est bien près de la suppuration, mais présente les caractères des pustules muqueuses. Il existe aussi plusieurs glandules saillantes.

T. m. 37°4, s. 38°4.

La présence de l'éruption muqueuse affermit le diagnostic de variole discrète, qui se confirme.

23 février (6<sup>e</sup> jour). L'éruption cutanée a tendance à avorter. Déjà chaque papulo-vésicule se racornit à son sommet.

A la gorge, on ne trouve que cinq pustules. Les autres se sont déchirés, leur place est encore marquée par une faible excavation rouge, avec un très léger enduit pultacé.

La variole très discrète évolue en abortive, apyrétique.

Le malade sort guéri après desquamation complète le 5 mars.



OBSERVATION 552 (personnelle),

*Rash purpurique. — Variole discrète. — Grippe  
concomittante.*

L. M., 37 ans, marin grec, vacciné étant enfant, entre le  
1<sup>er</sup> janvier 1896 à la Conception (Ste-Eugénie, n° 30).

Au 5<sup>e</sup> jour de la maladie, le patient présente depuis deux  
jours une éruption variolique discrète sur la surface cutanée.  
Les éléments sont plus abondants à la face.

Sur l'abdomen, traces persistantes d'un rash purpurique  
ponctué qui s'est développé au 2<sup>e</sup> jour des prodromes.

A la gorge : éruption variolique sur le voile et la luette.  
Peu de chose au pharynx. L'éruption est déjà vésiculeuse.

Le 4 janvier, le malade se plaint du retour de la céphalalgie.

T. m. 37°5. T. s. 37°7.

Le soir, il souffre encore de la tête et un peu de la gorge.  
A l'examen : arrière-gorge un peu enflammée, glandules  
muqueuses très brillantes. Encore quelques vésiculo-pustules  
varioliques.

Sur le corps, aucune nouvelle poussée.

Râles de bronchite aux deux poumons, dans toute la hau-  
teur.

Le 5 janvier, toujours céphalalgie intense, bronchite et  
douleur angineuse. De nombreux cas d'infection grippale  
existant à ce moment de l'année, le nouveau malaisé du va-  
rioleux est interprété sous ce diagnostic qui se confirme les  
jours suivants.

---

Les accidents grippaux disparaissent rapidement.

L'angine variolique, au 13<sup>e</sup> jour (9 janvier), ne présentait  
plus aucun élément.

Pas de température, jusqu'à la date de sortie 18 janvier.

OBSERVATION 553 (personnelle).

*Variole discrète chez un non-vacciné. — Hypertrophie glandulaire sur la luette.*

D. A., 48 ans, boucher, (Français), vacciné une seule fois d'ailleurs sans succès; entre le 1<sup>er</sup> janvier 1896, au 4<sup>e</sup> jour de la maladie (Ste-Eugénie, n° 19).

Température axillaire 37°7.

Persistance du rash rubéolique ayant débuté le 30 décembre 1895.

Sur le corps : éruption variolique discrète. Papulo-vésicules surtout à la face.

A la gorge : 4 pustules seulement au voile. Les piliers sont indemnes (pas de douleur angineuse).

5 janvier 1896. T. 36°2.

Le rash persiste encore, comme si une nouvelle poussée allait se faire dans le décours de la maladie.

La plupart des éléments cutanés ont avorté.

A la gorge : 3 points saillants disposés en forme d'Y sur la luette : 2 à la base, 1 à la pointe. Des filets vasculaires les réunissent. Les 4 pustules du début ont disparu.

12 janvier. Le malade n'a pas présenté de nouvelle poussée. Actuellement légère desquamation sur les avant-bras.

La variole avortée est restée apyrétique après la période d'invasion.

A la gorge : les 3 points saillants remarqués le 5 janvier sur la luette persistent sur le fond plus pâle de la muqueuse : ce sont des glandules hypertrophées.

25 janvier. Le malade sort guéri sans nouvel accident.

## BIBLIOGRAPHIE (1)

- Collie (A.).** Observations on Diagnosis of Small-pox. In med. Times and Gaz. London, 1885.
- Gasparini (L.).** Del vajulo. In Gaz med. ital. lomb. Milan, 1885.
- Grindon (J.).** Some notes of Small-pox. In St-Louis Cour. med., 1885.
- Lanceraux.** Transmission de la variole au début de la période d'éruption de cette maladie. In Bull. de l'Acad. de méd. Paris, 1885.
- Layet.** La récente épidémie de variole à Bordeaux. In Rev. San. Bordeaux, 1885.
- Semchenko.** Pustular Small-pox. In Vrach, St-Petersb., 1885.
- Comby et Dupré.** Deux cas de variole hémorrhagique. In France médicale. Paris, 1885.
- Guttmann et Wolff.** Les microbes de la variole. Soc. méd. In Semaine méd. Berlin, 1886.
- Guttmann.** Le parasite de la variole. Soc. méd. de Berlin. In Semaine médicale, 1886.
- Huertas (F.).** Les épidémies de variole en 1885 à Madrid. In Rev. esp. d. oftalm. sif., etc. Madrid, 1886.
- Line (W.-H.).** On the Early Diagnosis of Small-pox. In Birmingham med. Revue, 1886.
- Marotta.** Recherches sur les microbes de la variole. In Riv. clin. e terap. Naples, nov. et déc. 1886.
- Morrow (P.-A.).** Diagnostic de la variole. In Journ. Cut. and Vener. Dis. New York, 1886.
- Alexandrojanos.** De l'incubation de la variole. Congrès d'Athènes. In Sem. médicale, p. 217, 1887.

1. Dans le texte différentes autres indications bibliographiques sont données.



- Pfeiffer.** Le parasite de la variole. Soc. méd. de Berlin. In Sem médicale, p. 107, 1887.
- Rieck.** D'un nouveau parasite de la variole. In Rundschau a. d. Gebiete d. Thiermed. u. vergleichend. Pathol. 10 avril 1887.
- Haig (A.).** De quelques difficultés du Diagnostic de la variole hémorrhagique. In St-Barth. hosp. Rept. XXI, p. 131. 1886.
- Balzer (F.) et Dubrenilh (W.).** Variole. In N. Dict. de méd. et chir. prat., t. XXXVIII, 1885.
- Boixo.** Contribution à l'étude de la variole hémorrhagique. In Th. Montpellier, n° 43, 1885.
- Clovis.** Sur l'éruption de la variole. In Th. de Paris, 24 mars 1887.
- Lacassagne et Colras.** De la propagation de la variole par les ouvriers italiens employés dans les chantiers publics. In Lyon méd., 26 fév. 1888.
- Kart et Vilcoq.** Variole. In Dict. encyclopéd. des Sc. méd. 5<sup>e</sup> série, t. II, 1888.
- Thomas Sydenham.** Lettre à Guillaume Cole. Londres, 20 janv. 1681.
- Fothergill.** Account of the putrid sore-throat. Londres, 1748.
- Huxam.** A dissertation on the ulcerous sore-throat. Londres, 1753.
- Alexandre Petzholdt (de Leipsig).** Recherches sur les pustules varioliques considérées principalement dans les organes intérieurs. In The British and foreign medical Review, avril 1838.
- Lasègue (Ch.).** Traité des Angines. Paris, 1868.
- Comby.** Note sur l'exanthème de la varicelle. In Progrès méd., 27 sept. 1884.
- Grisolle (T.).** De la variole. In Traité de Path. Int., p. 95, Paris, 1869.
- Huchard.** Classification des différentes formes de la variole. In Semaine médicale, p. 109, 1890.
- Jackson Clarke.** La variole et le vaccin. Pathological Society Meeting du 16 oct. 1894.
- G. Guarnieri.** Recherches sur la pathologie et l'étiologie de l'infection vaccinique et varioleuse. In Archiv. Ital. de Biologie, t. XIX, fasc. 44, 3 juin 1893.

**Sépet.** Rechûtes ou récidives à brève échéance dans la variole.

Th. Paris, 1894, n° 278.

**Galliard (L.)** La varicelle. In médecine moderne, 13 janv. 1894.

**Richards (H.)**. The diagnosis of Small-pox. In The Lancet, Londres, 20 juil. 1895.

**F. Vidal et F. Besançon.** Nécessité d'une révision des angines dites à streptocoques. In Soc. méd. hôp. Paris, mars 1896.

**Gastou (M.)**. Eruption staphylococcique anormale. In Semaine médicale, 15 avril 1895.

**Louis Guinon.** Traité de médecine, t. II, Paris, 1892.

**Comby.** Note sur l'exanthème buccal de la Rougeole. In Soc. méd. des hôp. Paris, 22 nov. 1895.

**Trousseau.** Clinique médicale de l'Hotel-Dieu. Paris, 1882.

**Maurice Coste.** Varioles frustes (Congrès pour l'avancement des sciences. Session de Marseille, 1891.

— Quelques considérations sur le diagnostic, le prodrome et le traitement de la variole (Marseille Méd., janvier 1889.

**Auché.** Art. variole, in Traité de Médecine et de Thérapeutique. 1895.

**Frostin.** De la varioloïde, in Thèse Paris. 1896.





## CONCLUSIONS

---

I. — L'angine variolique est l'ensemble des manifestations bucco-pharyngées de la variole.

II. — *Elle se manifeste toujours, à la même date que l'éruption cutanée (ordinairement fin du troisième jour).*

III. — Elle est souvent évidente avant l'éruption cutanée. Comme dans celle-ci, ses éléments passent par les phases maculeuse, papuleuse, vésiculeuse, pustuleuse.

IV. — L'œdème péri-amygdalien et sous-maxillaire s'observe fréquemment dans les formes confluentes. C'est un œdème bénin qui peut être confondu avec la parotidite.

V. — Sauf complications, l'angine variolique a peu de gravité par elle-même; elle ne laisse pas de cicatrices après la guérison.

VI. — Par sa coïncidence d'apparition avec l'éruption cutanée, c'est un élément de diagnostic différentiel de la plus haute importance.

VII. — Par les petites hémorrhagies précoces dans les papules et vésicules de la voûte palatine (simulant des

*grains de tabac*), elle annonce la forme hémorrhagique primitive mortelle.

VIII. — *L'ensemencement des mucosités bucco-pharyngées*, fait avant toute intervention thérapeutique, peut donner d'heureuses indications, surtout dans les formes confluentes. *La présence du streptocoque pyogène paraît être un élément aggravant le pronostic.*

IX. — *Au point de vue de l'hygiène* l'angine variolique est de haute importance.

Elle assure le diagnostic précoce, même dans les varioïdes et les formes frustes. — Elle annonce et contrôle les poussées intermittentes survenant dans le cours de la maladie contagieuse.

X. — Le traitement doit être antiseptique : *gargarismes et lavages naso-pharyngiens à l'eau boriquée tiède (solution à 40/1000.)*

Vu :

*Le Président,*

LANDOUZY.

Vu :

*Le Doyen,*

BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*

GRÉARD.













